INVESTIGACIÓN Y CIENCIA

Monográficos de psicología y neurociencias

2.º cuatrimestre 2019 · **N.º 23** · 6,90 € · investigacionyciencia.es

CUADERNOS

Mente&Cerebro

Psicoterapias

Evolución y avances de los tratamientos para la mente

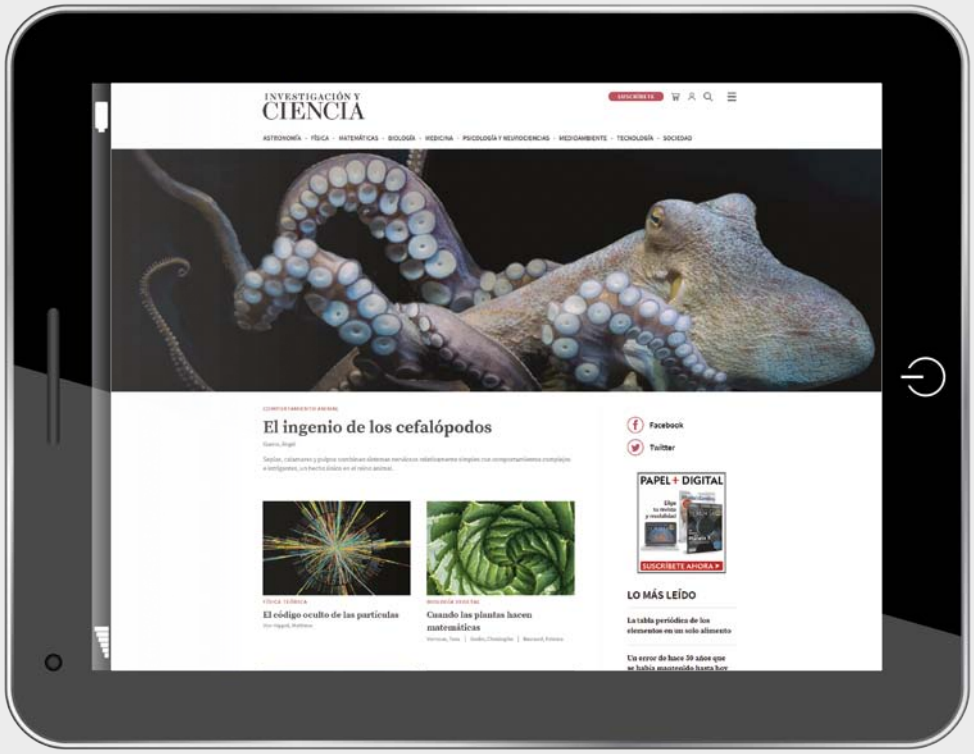
Risoterapia
El poder sanador de la risa

Psiconálisis
Los efectos en el cerebro

Realidad virtual
Exposición en 3D y consultas en línea

00023
9 772253 959008

¡NUEVA PÁGINA WEB!



Más contenidos de acceso abierto

Presentación más atractiva

Web optimizada para todos los dispositivos

Nuestra audiencia digital no deja de crecer, respaldada por más de **425.000** seguidores en Twitter, **140.000** en Facebook y más de **75.000** suscriptores de nuestros boletines temáticos.

¡SÍGUENOS!

INVESTIGACIÓNYCIENCIA.ES

Entre el diván y la pantalla

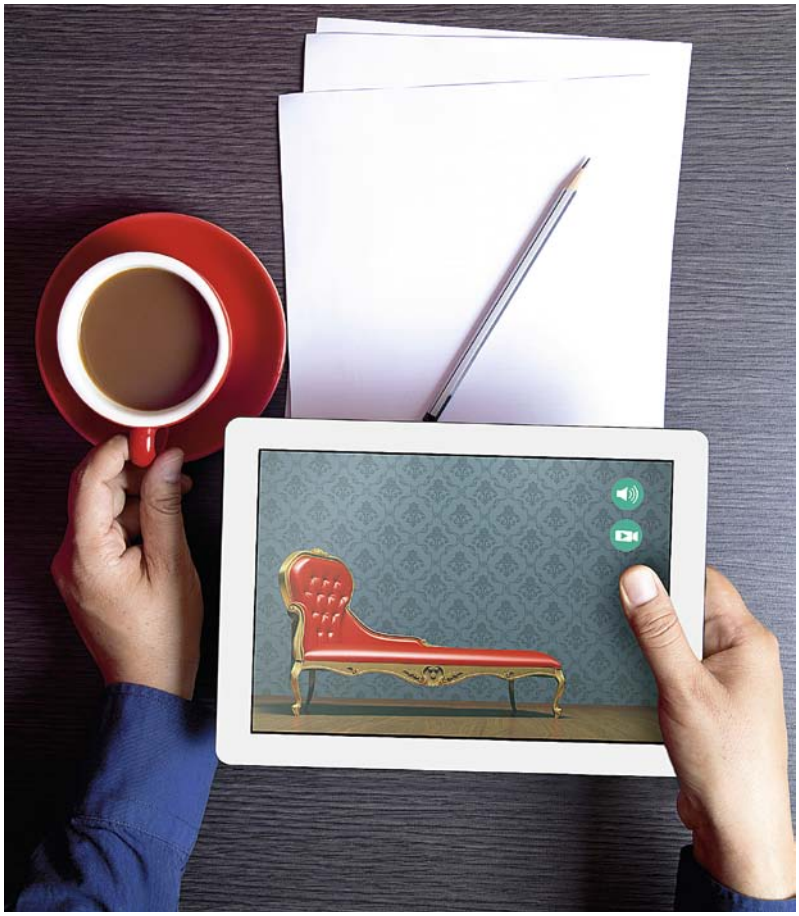
Terapia cognitivo-conductual, risoterapia, terapia de aceptación y compromiso, terapia de esquemas, psicoanálisis, hipnosis… No son una ni dos las psicoterapias que se emplean hoy en día para aliviar los trastornos psicológicos de los pacientes que acuden a las consultas del psicólogo o psicoterapeuta en busca de ayuda. Algunos llegan hasta allí porque los fármacos no logran terminar con su malestar, otros toman la psicoterapia como primera opción para tratar su inestabilidad psíquica, y unos más combinan medicamentos y psicoterapia con el fin de recuperar un estado mental normal. En la actualidad, incluso puede optarse por seguir un tratamiento psicoterapéutico a través de aplicaciones para el teléfono móvil, el correo electrónico o los chats. Según explica el psicólogo Robert Epstein, de la Universidad Harvard, en su artículo «La psicoterapia a distancia, más consolidada» (*pág. 26*), el número de recursos electrónicos destinados a la atención de la salud mental crece con rapidez. Un fenómeno que puede resultar provechoso, sobre todo, para los países o las poblaciones en las que el acceso a la sanidad mental resulta más complicada o apenas existe.

Pero si bien la psicoterapia avanza de manera continua, todavía hoy dos grandes escuelas, el psicoanálisis y el conductismo, caracterizan el tratamiento de las personas con trastornos mentales. Aunque este tipo de terapia también se halla sometida a las modas y las expectativas. En la actualidad, muchos terapeutas utilizan elementos de diferentes métodos de atención y aceptación, como es la meditación de consciencia plena, sin olvidarse del destacado papel de las emociones y las experiencias.

Este nuevo número de *Cuadernos de Mente y Cerebro* reúne los artículos más relevantes publicados en *Mente y Cerebro* sobre los métodos psicoterapéuticos que han demostrado un buen resultado en el tratamiento de la depresión, los trastornos de ansiedad o de la conducta alimentaria, adicciones, fobias, entre otros, así como estrategias terapéuticas que se encuentran en pleno auge y se estiman prometedoras. Es el caso de la realidad virtual. Una de las ventajas que ofrece esta técnica es que permite un mayor control de los parámetros de la exposición, estrategia en la que se coloca al paciente a situaciones que le provocan miedo o ansiedad, como pueden ser los lugares de gran altura. Además, la exposición virtual resulta más económica que la presencial. Por otra parte, permite que el afectado practique los ejercicios del tratamiento en casa, como señala José Gutiérrez Maldonado, psicólogo de la Universidad de Barcelona, en la entrevista «La realidad virtual en psicoterapia» (*pág. 32*).

Con todo, el psicoterapeuta siempre es necesario, tanto para supervisar la evolución del paciente como para determinar la terapia requerida. De hecho, uno de los cimientos de la psicoterapia es la colaboración estrecha entre psicoterapeuta y paciente. Sin una alianza terapéutica, todas estas técnicas resultan ineficaces.

—La redacción



GETTY IMAGES / TRILOKS / ISTOCK; GETTY IMAGES / NURULANGA / ISTOCK (*diván*)

EN ESTE NÚMERO

1 **Presentación** **Entre el diván y la pantalla**
Por la redacción

Evolución de la psicoterapia

Los orígenes

4 El hipnotismo y los inicios de la psicoterapia en España
A finales del siglo XIX, la hipnosis se puso de moda en la sociedad y los círculos científicos. Este reconocimiento impulso su uso como herramienta terapéutica. Nacía la psicoterapia médica. *Por Ángel González de Pablo*

Psicología clínica

14 Del exorcismo a la psicoterapia
Los trastornos mentales han existido a lo largo de la historia de la humanidad. Diferentes corrientes psicológicas han contribuido a su tratamiento.
Por Sven Barnow, Annemarie Miano y Katrin Schulze

Nuevas tecnologías

20 Psiquiatras de bolsillo
Cada vez son más numerosas las aplicaciones para teléfonos inteligentes destinadas a las personas con problemas de salud mental. *Por Emily Anthes*

Terapia en línea

26 La psicoterapia a distancia, más consolidada
El tratamiento a través de Internet muestra sus ventajas en el terreno de la salud mental. *Por Robert Epstein*

Realidad virtual

32 La realidad virtual en psicoterapia
El equipo de José Gutiérrez Maldonado investiga la aplicación de la realidad virtual para tratar los trastornos mentales. *Por Yvonne Buchholz*

Neurociencia y psicoanálisis

36 Efectos del psicoanálisis en el cerebro
Las técnicas de neuroimagen actuales confirman la eficacia de la terapia psicoanalítica. *Por Anna Buchheim, Manfred Cierpka, Horst Kächele y Gerhard Roth*

Efectos secundarios

40 La psicoterapia a examen
Cerca de uno de cada diez pacientes se siente peor tras la psicoterapia. Al parecer, también pueden producir efectos secundarios. *Por Carsten Spitzer, Rainer Richter, Bernd Löwe y Harald Freyberger*

Métodos psicoterapéuticos

Hipnosis

46 El trance como tratamiento
Aún hoy, numerosas personas consideran la hipnosis como una suerte de magia mental o farsa. Sin embargo, esta técnica constituye una herramienta útil para la psicoterapia. Veamos, de primera mano, cómo funciona. *Por Melinda Baranyai*

Terapia de esquemas

52 Terapia de esquemas: la transformación interior
Un trastorno psíquico se acompaña a menudo de pensamientos, sentimientos y conductas arraigadas en experiencias de la primera infancia. Una intervención psicoterapéutica puede ayudar a transformar estos esquemas. *Por Eckhard Roediger*

Terapia cognitivo-conductual

58 Tras el éxito de la terapia cognitivo-conductual
En la actualidad, la psicoterapia mejor estudiada es la cognitivo-conductual. Mediante neuroimagen se averigua por qué ayuda a aliviar los trastornos depresivos en un gran número de pacientes. *Por Emily Anthes*

Terapia asistida con animales

64 Coterapeutas peludos
Los niños con problemas de apego e inseguridad ganan confianza con la asistencia terapéutica de un perro. *Por Kurt Kotrschal*

GETTY IMAGES / DRAGONIMAGES / ISTOCK

Risoterapia

68 El poder curativo de la risa
Reírse no solo beneficia la salud física y psíquica; también contribuye a mejorar las relaciones sociales y de pareja. ¿Por qué motivo? *Por Nicolas Guéguen*

Terapias combinadas

Esquizofrenia

74 Psicoterapia para la esquizofrenia
Durante años se ha pensado que el tratamiento de los delirios y las alucinaciones era terreno exclusivo de los neurolépticos. Los estudios demuestran, sin embargo, que la terapia cognitivo-conductual contribuye a paliar los síntomas psicóticos.
Por Tanja Wiessmann y Andreas Bechdolf

Depresión

80 Tratamientos para la depresión
Aunque los fármacos llevan decenios aliviando a los pacientes depresivos, se están abriendo camino nuevas modalidades de psicoterapia. *Por Steven D. Hollon, Michael E. Thase y John C. Markowitz*

Dolor crónico

88 Aprender a vivir con el dolor
Cuando el dolor crónico se resiste al tratamiento farmacológico, queda otra salida: las psicoterapias enseñan al paciente a vivir activamente con él, en vez de sufrirlo de forma pasiva.
Por Franck Henry y Chantal Wood

Colaboradores de este número

Asesoramiento y traducción:

Federico Fernández Gil: *Del exorcismo a la psicoterapia*, *Efectos del psicoanálisis en el cerebro*, *Terapia de esquemas: la transformación interior*, *Coterapeutas peludos*; Luis Bou: *Psiquiatras de bolsillo*, *La psicoterapia a distancia, más consolidada*, *Tratamientos para la depresión*; M. Luisa Vea Soriano: *La psicoterapia a examen*; Núria Comas: *El trance como tratamiento*; Noelia De la Torre: *Tras el éxito de la terapia cognitivo-conductual*, *Psicoterapia para la esquizofrenia*; Marián Beltrán: *El poder curativo de la risa*; Francesc Asensi: *Aprender a vivir con dolor*

Portada: Getty Images / Selimaksan / iStock

Mente y Cerebro

Directora editorial: Laia Torres Casas
Ediciones: Yvonne Buchholz, Anna Ferran Cabeza, Ernesto Lozano Tellechea
Director de márquetin y ventas: Antoni Jiménez Arnay
Desarrollo digital: Bruna Espar Gasset
Producción: M.ª Cruz Iglesias Capón, Albert Marín Garau
Secretaría: Eva Rodríguez Veiga
Administración: Victoria Andrés Laiglesia
Suscripciones: Concepción Orenes Delgado, Olga Blanco Romero

EDITA
Prensa Científica, S.A.
Muntaner, 339 pral. 1.ª
08021 Barcelona (España)
Teléfono 934 143 344
precisa@investigacionyciencia.es
www.investigacionyciencia.es

Gehirn und Geist

Chefredakteur: Carsten Könneker (verantwortlich)
Artdirector: Karsten Kramarczik
Redaktionsleitung: Hartwig Hanser
Redaktion: Steve Ayan, Katja Gaschler, Anna von Hopffgarten, Andreas Jahn, Liesa Klotzbücher, Daniela Zeibig
Freie Mitarbeit: Joachim Retzbach
Schlussredaktion: Christina Meyberg, Sigrid Spies, Patrick Trappendreher; Katharina Werle
Bildredaktion: Alice Krüßmann, Anke Lingg, Gabriela Rabe
Geschäftsleitung: Markus Bossle, Thomas Bleck

DISTRIBUCIÓN

para España:
LOGISTA, S. A.
Pol. Ind. Polvoranca - Trigo, 39, edificio B
28914 Leganés (Madrid)
Teléfono 916 657 158
para los restantes países:
Prensa Científica, S. A.
Muntaner, 339 pral. 1.ª - 08021 Barcelona

PUBLICIDAD

Prensa Científica S. A.
Teléfono 934 143 344
publicidad@investigacionyciencia.es

ATENCIÓN AL CLIENTE

Teléfono 935 952 368
contacto@investigacionyciencia.es

Copyright © 2019 Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH, D-69126 Heidelberg
Copyright © 2019 Prensa Científica S.A. Muntaner, 339 pral. 1.ª 08021 Barcelona (España)

Reservados todos los derechos. Prohibida la reproducción en todo o en parte por ningún medio mecánico, fotográfico o electrónico, así como cualquier clase de copia, reproducción, registro o transmisión para uso público o privado, sin la previa autorización escrita del editor de la revista.

ISSN edición impresa: 2253-959X ISSN edición digital: 2385-569X
Dep. legal: B. 3021 – 2012

Imprime Rotocobrhi
Ronda de Valdecarrizo, 13 - 28760 Tres Cantos
Printed in Spain - Impreso en España

El hipnotismo y los inicios de la psicoterapia en España

ÁNGEL GONZÁLEZ DE PABLO

WIKIMEDIA COMMONS / DOMINIO PÚBLICO

LOS ORÍGENES A finales del siglo XIX, la hipnosis se puso de moda en la sociedad y los círculos científicos. Este reconocimiento social y académico impulsó su uso como herramienta terapéutica psíquica en la medicina europea y española. Nacía la psicoterapia médica

Las sesiones clínicas de Jean Martin Charcot en el hospital parisino de la Pitié-Salpêtrière, en donde reproducía los síntomas histéricos mediante hipnosis, reunían la flor y nata de la neurología y psiquiatría de la época.

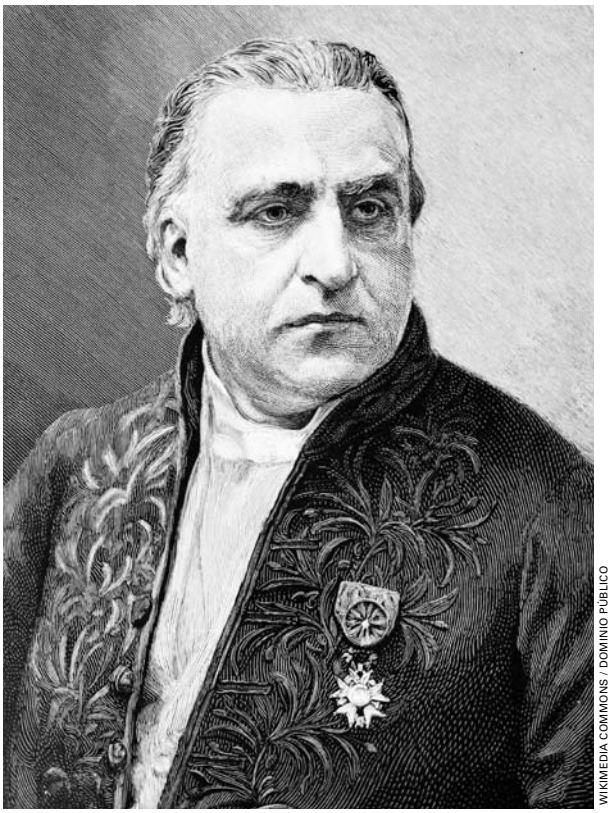
En las décadas finales del siglo XIX, la ciencia capituló finalmente ante el hipnotismo. Una figura crucial para el reconocimiento de la hipnosis como actividad científica fue Jean Martin Charcot (1825-1893), el padre de la neurología moderna y uno de los principales médicos de la segunda mitad del siglo XIX [*véase* «Jean Martin Charcot (1825-1893)», por J. M. López Piñero; Mente y Cerebro n.º 6, 2004].

En el hospital parisino de la Pitié-Salpêtrière, Charcot descubrió numerosas enfermedades y síndromes neurológicos, como la esclerosis lateral amiotrófica —que diferenció de la atrofia muscular progresiva de Aran-Duchenne—, la neuropatía de Charcot-Marie-Tooth, la esclerosis múltiple y otras neuropatías. Entre los trastornos que estudió se encontraba también la histeria, una de las patologías a la sazón más desconcertantes. Charcot caracterizó su escurridiza sintomatología, estableció diversos cuadros clínicos (histeroepilepsia y gran ataque histérico) y, dada la imposibilidad de hallar lesiones anatómicas constatables, los explicó mediante la existencia de supuestas lesiones dinámicas de carácter fugaz que remedarían distintos síndromes neurológicos orgánicos.

Durante sus investigaciones sobre la histeria, este conocedor de la obra de James Braid y de los braidistas, y de médicos y neurólogos contemporáneos con una amplia experiencia en la hipnosis, como Charles Richet o Moritz Bendikt, sintió curiosidad por el hipnotismo como medio potencialmente aprovechable para el conocimiento de esta enfermedad. De hecho, consideraba la hipnosis como una histeria artificial o provocada. Su curiosidad se tradujo pronto en resultados: en 1878 publicó su primer libro sobre la hipnosis bajo el título de *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués*.

A partir de ese año y hasta 1882, trabajó con intensidad en el terreno del hipnotismo. Buscó establecer cuadros típicos y regulares que pusieran orden en la multiplicidad de los fenómenos hipnóticos; distinguió así sus tres célebres estados, a saber, el cataléptico, el letárgico y el sonambúlico, en las formas más desarrolladas de hipnosis, lo que él denominaba *grand hypnotisme* («gran hipnotismo»).

Los trabajos de Charcot tuvieron enorme repercusión. Que un neurólogo de renombre mundial como él se dedicara al estudio de un fenómeno hasta entonces de naturaleza tan sospechosa proporcionó al hipnotismo un rápido incremento de respetabilidad dentro de la profesión médica, que alcanzó un punto culminante el 23 de febrero de 1882, cuando leyó ante la Academia de Ciencias de París un informe en donde hacía sumario de sus descubrimientos sobre la histeria llevados a cabo mediante hipnosis.



WIKIMEDIA COMMONS / DOMINIO PÚBLICO

Jean Martin Charcot (1825-1893), fundador de la neurología moderna y conocido como el «Napoleón de las neurosis», fue la figura clave para el reconocimiento científico del hipnotismo.

El rotundo éxito de Charcot tuvo una importancia extraordinaria. Como afirmaría Pierre Janet (1859-1947) más tarde: «Se hubiera dicho que acababa de derribar una barrera que desde largo tiempo contenía un torrente dispuesto a lanzarse. De todos lados, la *hypnosis redivivus* [...] suscitó innumerables trabajos. Sería preciso citar el nombre de todos los neurólogos de esta época, en el extranjero

En síntesis: Época de gloria

1 A partir de la década de los ochenta del siglo XIX, un «ambiente psicoterápico» se extendió por toda Europa.

2 Pocos médicos de finales de siglo no practicaron, al menos en alguna ocasión, el hipnotismo y sus derivaciones metapsíquicas.

3 Tampoco las principales figuras médicas españolas, entre ellos Santiago Ramón y Cajal, quedaron al margen de esta tendencia.

y en Francia, pues la mayor parte se adhirieron en ese momento a la enseñanza de la Salpêtrière».

Este episodio se produjo, además, en un momento muy oportuno, pues aconteció justo antes del despegue imparable de la microbiología médica (Robert Koch descubriría el bacilo de la tuberculosis en 1883 y el del cólera en 1885; Louis Pasteur inocularía la vacuna contra la rabia en 1888). Es decir, cuando todavía se aceptaban, conviviendo sin gran esfuerzo con esa naciente mentalidad etiopatológica, concepciones energéticas, tanto físicas como psíquicas, de la enfermedad y de su contagio. Estas se adaptaban muy bien al hipnotismo. En este sentido, resultan ilustrativas las siguientes palabras de Abdón Sánchez Herrero (1851-1904), autor del tratado español más importante de hipnosis médica de finales del siglo XIX: «Las sugestiones del medio actual nacidas en cerebros tan poderosos como los de Pasteur y de Koch, relativas a la etiología de las enfermedades, arrastran a la medicina contemporánea a la afanosa búsqueda de microbios, la entretienen en caprichosos juegos de cultivo, coloración y fotografía de bacterias, zoogleas, bacilos y espirilos, la despojan de los ojos de la inteligencia por aumentarle los de la cara con los dos o tres mil diámetros del microscopio, y la empequeñecen al desligarla de la armonía de la ciencia única. [...] Es así como la medicina de la presente semana vuelve a ingresar en la mecánica universal, afirmando que en las energías actuantes finales, y no en el microbio, escalón innecesario y muchas veces ausente, debe buscar el verdadero médico la razón de los fenómenos objeto de su estudio. Es así como el contagio nervioso, incomprensible de seguro para los apasionados de las gelatinas neutras, del agar-agar y de los caldos, sale del olvido, recuerda los hechos históricos que lo apoyan e impulsan a los buenos observadores a evidenciarlo nuevamente. Su rápido estudio se me impone porque de él precisamente ha de resultar la posibilidad racional de la sugestión mental.»

El hipnotismo terapéutico

La visión del hipnotismo establecida por Charcot y aceptada por la ciencia, que consideraba al estado hipnótico como una histeria artificial y a la hipnosis como un medio para comprender la histeria, tenía una utilidad analítica notable, mas escaso empleo terapéutico. Dicha consideración del hipnotismo tuvo que ser completada, primero por Ambroise August Liébeault (1823-1904) y luego por Hippolite Marie Bernheim (1837-1919), fundadores de la escuela de Nancy, para hacerlo viable en el tratamiento de las alteraciones patológicas.

Bernheim había cursado medicina en la Facultad de Estrasburgo y amplió sus estudios en París y en Berlín. Fue catedrático de clínica de la Facultad de Medicina de Nancy [*véase* «Hippolite Marie Bernheim (1837-1919)», por J. M. López Piñero; MENTE Y CEREBRO n.º 20, 2006]. En torno a 1882, tras algunos intentos previos no muy exitosos con el hipnotismo, trabó contacto con los métodos de Liébeault, médico general que había ejercido en una pequeña localidad cercana a Nancy y posteriormente en dicha ciudad. Liébeault poseía una amplia experiencia en los tratamientos con hipnosis, cuyos resultados había expuesto en un libro aparecido en 1866 bajo el título *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, el cual pasó totalmente inadvertido.

Sin embargo, a raíz de ese conocimiento, Bernheim comenzó a interesarse por la hipnosis. Solo un año más tarde publicó su primer trabajo sobre esta materia, inaugurando así lo que acabaría convirtiéndose en una considerable producción literaria, en la que destacaron sus dos obras centrales: *De la suggestion et ses applications a la thérapeutique* (1886) e *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* (1891).

La perspectiva de Nancy difería marcadamente de la ofrecida por la escuela parisina de la Salpêtrière. Charcot consideraba el hipnotismo desde una perspectiva patológica (la hipnosis era una neurosis artificial) y analítica (la hipnosis servía fundamentalmente para investigar la histeria). Por el contrario, Bernheim y Liébeault elaboraron una visión de la hipnosis fundamentalmente fisiológica (los sujetos psíquicamente normales no solo reproducían los síntomas histéricos al ser hipnotizados) y terapéutica (la hipnosis servía no tanto para el conocimiento analítico de las neurosis y alivio de su sintomatología cuanto para su verdadero tratamiento psicoterápico e incluso para su curación).

Desde mediados de la década de los ochenta del siglo XIX hasta el cambio de siglo, la polémica entre las escuelas de la Salpêtrière y Nancy vertebró el desarrollo de la hipnosis científica. A pesar de sus notables diferencias, las aportaciones de los miembros de las escuelas de París y de Nancy, consideradas en conjunto, consiguieron a lo largo de esas casi dos décadas que el hipnotismo pasara a ser parte del acervo de la ciencia médica y que se reconociera como una herramienta terapéutica psicológica.

EL AUTOR

Ángel González de Pablo es profesor de historia de la ciencia en la Universidad Complutense de Madrid. Ha dirigido y colaborado en distintos proyectos de investigación relacionados con la historia del magnetismo animal y del hipnotismo.

Ambas circunstancias propiciaron que el hipnotismo médico gozara de un período dorado que se extendería hasta comienzos del siglo XX.

Indicadores inequívocos de esta aceptación de la hipnosis fueron la enorme cantidad de trabajos sobre el tema que se publicaron entre 1880 y 1910. Durante estos años se editaron dos de las revistas más importantes del hipnotismo médico: la francesa *Revue de l'hypnotisme* (1886-1910) y la alemana *Zeitschrift für Hypnotismus* (1892-1902). También se celebraron dos eventos emblemáticos; el Primer Congreso Internacional de Hipnotismo Experimental y Terapéutico, en 1889, y la segunda edición del mismo, que tuvo lugar en 1900.

El esplendor del hipnotismo médico en España

A partir de los primeros años de la década de los ochenta del siglo XIX, el hipnotismo se puso de moda, tanto en los círculos científicos como en la sociedad. Se extendió por Europa un «ambiente psicoterápico» (téngase en cuenta que entonces el término psicoterapia equivalía a lo que hoy llamaríamos hipnoterapia, pues la hipnosis fue la primera y durante un tiempo única psicoterapia reconocida). Dicho ambiente fue en especial perceptible en Francia. En no pocos hospitales parisinos y de provincia, la hipnosis se practicaba y enseñaba. Esta atmósfera entusiasta y fértil en investigaciones y nuevas creaciones atrajo a la capital francesa a numerosos médicos extranjeros deseosos de ver con sus propios ojos aquellas novedades tan sorprendentes. Uno de ellos fue el joven Sigmund Freud (1856-1939), quien pasó una estancia de seis meses en la Salpêtrière de Charcot durante el invierno de 1885 y 1886, experiencia que resultó decisiva para sus primeras investigaciones sobre la histeria.

España no fue en esto una excepción. El hipnotismo no tardó en calar en la medicina española. Fue en 1886, tras la traducción al español del libro de Bernheim *De la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica*, el mismo año de su aparición en el original francés, cuando se desencadenó una avalancha de publicaciones sobre hipnotismo en nuestro país. Casi todas las revistas médicas (entre ellas *Independencia Médica, Gaceta Médica Catalana, La Unión Médica, Boletín Clínico y Terapéutico, La Clínica Moderna, Revista Frenopática Española* y *El Siglo Médico*) incluían entre 1887 y 1888 artículos dedicados a los distintos aspectos, clínicos y teóricos, de la hipnosis.

Se publicó asimismo un buen número de trabajos amplios y de libros de una valía más que aceptable. Pionero a este respecto fue el de Juan Giné y Partagás (1836-1903): *El hipnotismo en la clínica*. Este trabajo reunía una serie de artículos que fueron viendo la luz en *La Inde-*

WIKIMEDIA COMMONS / DOMINIO PÚBLICO

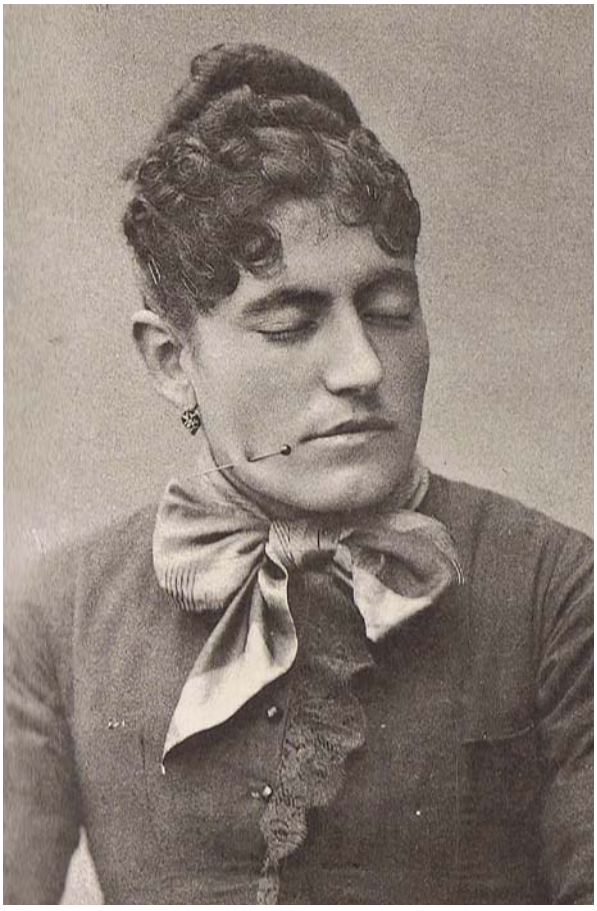
El médico rural Ambroise Liébeault (*de pie, a la izquierda*) fue el primero en demostrar que la sugestión por sí sola podía conseguir todas las curaciones anteriormente atribuidas a las fuerzas físicas del magnetismo animal.

pendencia Médica a lo largo de 1887 y 1888. En ellos Giné expuso de forma sistemática sus conocimientos teóricos y prácticos sobre la hipnosis. Casi de forma simultánea, Timoteo Sánchez Freire (1838-1912), figura clave en la medicina y psiquiatría gallegas, publicó *La hipnología en nuestros días*, que fue originariamente el discurso de la inauguración del curso académico de 1888-1889 de la Universidad de Santiago de Compostela, en donde resaltó la validez de la hipnosis como recurso terapéutico indiscutible en las afecciones mentales.

Al año siguiente, en 1889, apareció la que sería la obra cumbre de la hipnosis española de finales de siglo, *El hipnotismo y la sugestión*, de Sánchez Herrero, catedrático por entonces de clínica médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. En esta obra, la más amplia de las publicadas nunca en España sobre hipnosis, su autor, afín a los postulados funcionales de la escuela de Nancy, estableció procedimientos originales efectivos de potenciación de la inducción hipnótica, como fue el «aparato hipnotizador», que sirvió de modelo a no pocos artilugios similares a finales del XIX y a comienzos del siglo siguiente. Asimismo, proporcionó un detallado y minucioso estudio de la sugestión en la hipnosis y el estado vigil, así como sus efectos sobre la motilidad y la sensibilidad, los sentidos y los sentimientos, el discernimiento y el juicio, y sobre la fisiología de los distintos aparatos y sistemas. Por último, aportó una amplísima casuística, gran parte de cosecha propia, en relación con la utilidad terapéutica del hipnotismo, la cual abarcaba un gran número de dolencias, tanto del campo psíquico como orgánico.

Un poco más adelante, en 1894, Eduardo Beltrán Rubio, médico, escritor y profesor auxiliar de la facultad de medicina de la Universidad de Barcelona, publicó *Sobre hipnotismo y otras cosas*, en donde reunió una serie de artículos suyos aparecidos en la barcelonesa *Revista de Ciencias Médicas*. Se mostraba defensor de los postulados de Bernheim. Ya al filo del nuevo siglo, apareció su *Hipnotismo y sugestión*, una reedición de la obra anterior con algunos añadidos: dos capítulos nuevos (uno sobre el hipnotismo y la medicina legal, y otro sobre sus aplicaciones en la pediatría y la pedagogía), una bibliografía y diez láminas que mostraban algunos de los aparatos inventados por el autor para inducir los estados hipnóticos, entre ellos, el reflector hipnógeno y el espejo hipnógeno.

A la vuelta del nuevo siglo, surgieron obras de interés. Una fue *Sugestión*, del médico y teólogo H. Ardieta, publicada en 1901. Ardieta realizó un compendio de las consideraciones sobre la sugestión hechas desde la fisiología, la psicología, la teología, la moral, la antropología y la filosofía. Al final de la obra, en un apéndice de unas 150 páginas, abordaba la sugestión hipnótica y, dentro de ella, brevemente, la hipnosis terapéutica, aunque sin referir en este apartado la práctica personal directa.



DE: «EL HIPNOTISMO Y LA SUGESTIÓN», A. SÁNCHEZ HERRERO, A. MARZO, MADRID, 1905

Petra, una de las pacientes más famosas de Abdón Sánchez Herrero, aparece en estado de trance hipnótico con producción de analgesia facial.

En relación con la teología, Francisco González Herrero, canónico de Cuenca, publicó, también en 1901, *El hipnotismo a la luz de la fisiología y de la moral*. Como no podía ser menos dada la procedencia de su autor, este extenso trabajo de casi 600 páginas se centraba en los peligros del hipnotismo en relación con la pérdida del libre albedrío y el deterioro moral, aunque sin dejar de resaltar sus efectos terapéuticos beneficiosos en determinadas circunstancias.

El campo del derecho contó asimismo con publicaciones específicas. En 1906 se imprimió la obra de José María González de Echávarri titulada *Hipnotismo y criminalidad*, que se basaba en su tesis doctoral de enero de 1900. Trataba, principalmente, la delincuencia en la letargia, la catalepsia y la sugestión, las diversas maneras de cometer delitos sobre hipnotizados y por hipnotizados, así como la utilización del hipnotismo en el enjuiciamiento criminal y su aplicación en procesados y testigos. Se completaba con un apéndice en el que se verificaba, con experimentos llevados a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid en un sujeto en estado

sonambúlico, la posibilidad de delinquir sobre individuos en estado hipnótico y de inducir a una persona hipnotizada a perpetrar fechorías.

Este apogeo del hipnotismo clínico en España no solo se mostró en el cuantioso número de artículos y de libros aparecidos. También se evidenció en la gran cantidad de enfermedades que pasaron a ser consideradas abordables y tratables por hipnosis. Muy ilustrativo de dicho entusiasmo terapéutico es el extenso apartado, de casi trescientas páginas, dedicado a la «psicoterapia» en *El hipnotismo y la sugestión*, de Sánchez Herrero. Este autor recomendaba la hipnosis para cuantiosos procesos: el insomnio, la neurastenia cerebral, las enajenaciones mentales delirantes, el parto y sus complicaciones, la tuberculosis, la escrofulosis, el reumatismo, el paludismo, la erisipela, el alcoholismo, el hidrargirismo, el saturnismo, la anemia, la congestión, la conmoción, las hemorragias encefálicas, la compresión medular y la mielitis, el histerismo, la epilepsia, las enfermedades mentales y los vicios (la manía subaguda, la anorexia, la bulimia, las alucinaciones, las ideas delirantes, la hipocondría, la melancolía, la dispepsia, el insomnio, la desmoralización, la pereza y el embrutecimiento, la dipsomanía, el morfinismo, el onanismo, el hábito de chuparse los dedos y la onicofagia, entre otros muchos). No finalizaba aquí la lista: el neuronismo, las neuralgias, las anestesias, las parálisis periféricas, el corea, la tetania, los calambres, la parálisis agitante, la miopía, la sordera y la sordomudez congénita, las diarreas y el estreñimiento, las palpitaciones cardíacas, el hipo, la tos, el asma y el catarro bronquial, la incontinencia y un largo etcétera la completaban.

La incorporación de la metapsíquica

La actitud receptiva de la comunidad científica y médica en los últimos decenios del XIX hacia nuevas formas de conocimiento posibilitó que los médicos que practicaban el hipnotismo emprendieran la pesquisa de algunos de los «fenómenos extraordinarios» relacionados con este, como la telepatía o la clarividencia, pertenecientes a lo que entonces se denominaba metapsíquica y que hoy se suele englobar bajo el epígrafe de parapsicología.

Un paso notable para la adquisición de un cierto reconocimiento científico por parte de las investigaciones metapsíquicas fue la fundación en Londres en 1882 —el mismo año en que Charcot leía su informe ante la Academia de Medicina de París— de la Sociedad para la Investigación Psíquica, a imitación de otras sociedades científicas ya existentes. En ese año, Frederic Myers (1843-1901) acuñó, en el primer número de *Proceedings of the Society for Psychical Research* un término crucial en el desarrollo de la metapsíquica: la telepatía. La definió como: «Cualquier tipo de comunicación de una mente con otra, independientemente de los canales sensoriales reconocidos».

La atención expectante con respecto a los fenómenos metapsíquicos se vio reforzada por su cultivo por científicos de primera fila, caso de William Crookes (1832-1919) y de Charles Richet (1850-1935). Químico y físico, el primero, además de descubridor del talio y de los rayos catódicos, estuvo en sus últimos años muy relacionado con la Sociedad para la Investigación Psíquica. Pero más influencia en España ejerció Richet, profesor de fisiología en la Universidad de París desde 1887, premio Nobel de fisiología y medicina en 1913 y miembro de la Academia de Medicina y de la Academia de las Ciencias. En 1905 fue elegido, además, presidente de la Sociedad para la Investigación Psíquica. Richet había empezado sus investigaciones metapsíquicas en 1884 —de hecho, fue el creador de este término— con la médium Eusapia Palladino. En 1991 fundó *Annales des Sciences Psychiques*, la primera publicación periódica dedicada a la investigación metapsíquica. Mucho más adelante, en 1923, publicó su *Traité de metapsychique*, prologado extensamente por Jaime Ferrán en la edición española aparecida en 1925. El tratado, compendio de 40 años de experiencias en este campo, es uno de los estudios más exhaustivos de las investigaciones parapsicológicas desarrolladas en las primeras décadas del siglo XX.

El hipnotismo médico, cada vez más confiado en sus posibilidades desde 1882, no vaciló en incorporar algunos aspectos de la metapsíquica, sobre todo los relacionados de alguna forma con la telepatía definida por Myers. Tal fue el caso de la sugestión mental, llamada así para diferenciarla de la verbal, más habitual y que utilizaba las sugestiones transmitidas mediante la palabra, es decir, dichas de viva voz. La sugestión mental consistía en la transmisión de palabras, ideas, imágenes o sensaciones directamente del cerebro del hipnotizador al del hipnotizado, siempre que el primero no expresase lo que estaba pensando mediante algún signo exterior perceptible por la persona que era hipnotizada o los espectadores.

Sánchez Herrero dejó por escrito, entre otros, uno de sus numerosos ensayos de sugestión mental que practicó con Petra, una de sus pacientes más célebres. El experimento consistía en provocar la hipnosis a distancia: él se encontraba en su despacho y la mujer en su pensión, situada a unos 400 metros. En palabras del hipnotizador: «5 de julio, a las ocho y cuarenta y cinco minutos de la mañana. Día y hora en que, sentado en mi mesa de trabajo [...], cerré los ojos y concentré mi pensamiento en esta sugestión. *Petra: usted tiene mucho sueño, que aumenta cada vez más. Duerma usted*. De tiempo en tiempo miraba el reloj y volvía a la carga; hasta que por fin llegó el deseado minuto, cogí el sombrero y eché a andar deprisa, sin dejar de pensar en lo mismo. Llegué a la posada a las nueve y once, y encontré al dueño de la casa en el portalón de entrada. —"¿Está Petra en su cuarto?", le pregunté. —"Debe estar, porque hace un rato que la he oído cantar y no la he visto salir." —"¿Quiere

usted hacer el favor de subir y decirle que quiero hablarle?" —"Con sumo gusto." Y subió a hacer el encargo y yo tras él. Llegó a la puerta del cuarto y la golpeó con la mano; nadie contestó. —"No está", dijo el hombre; pero en esto se presentó su mujer e intervino levantando el picaporte y abriendo la puerta. En seguida vi a Petra sentada al pie del balcón en una silla baja, apoyada la cabeza contra el muro y dormida en sonambulismo. La mujer [...] la llamó inútilmente y fue a cogerla de un brazo; pero no bien la hubo tocado, Petra se estremeció y dio un quejido. Hasta entonces yo no había despegado los labios. —"¿Qué es eso, Petra?", dije por fin. —"Nada, que me ha dormido usted." —"¿Cuánto hace que está usted dormida?" —"Más de un cuarto de hora..." —"Despierte usted." Y en el acto despertó avergonzada porque la había encontrado dormida y se deshizo en cumplidos. Me contó que estaba cosiendo y que, sin saber cómo, ni podérselo explicar, puesto que se había levantado tarde y dormido toda la noche muy bien, se sintió cansada, dejó la labor, apoyó la cabeza en la pared... y no se acordaba de nada más.»

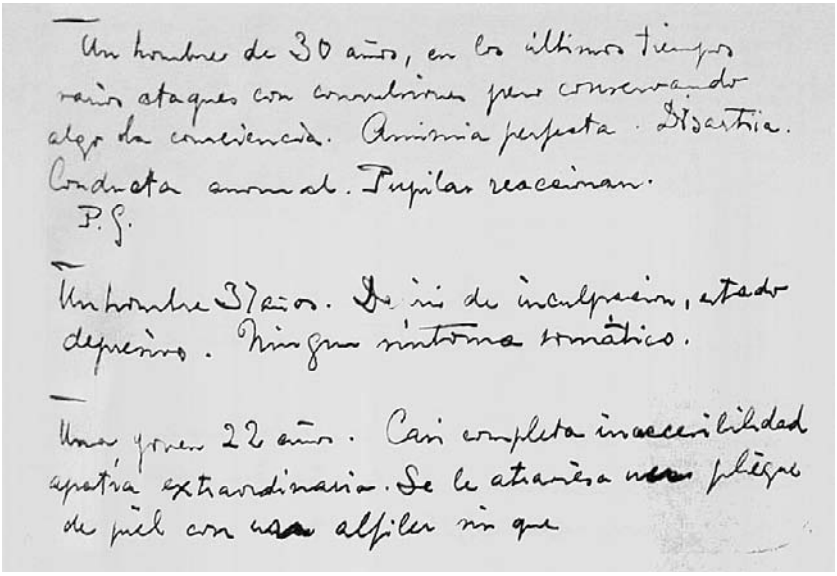
De resultas de este y de otros muchos experimentos similares llevados a cabo con la sugestión mental, Sánchez Herrero afirmó de modo taxativo: «Deben considerarse hechos probados: primero, la provocación del sueño hipnótico a distancia por la sola eficacia de la voluntad del operador, en algunos sujetos. Segundo, los mismos u otros, son sugestibles en sonambulismo por la sola acción del pensamiento de su hipnotizador o de otra persona puestos con ellos en contacto, y cuya acción puede ejercerse en contacto y a distancia. Tercero, y excepcionalmente, se encuentran individuos capaces, en ciertos momentos del estado de vigilia, de percibir el pensamiento de las personas que los rodean, de manera inconsciente o consciente, siendo la primera la regla».

DE: «HIDDEN DEPTHS». R. WATERFIELD, MACMILLAN, LONDRES, 2002

La sorprendente capacidad de la hipnosis para producir anestesia fue utilizada tanto por los hipnotizadores de escena como por los médicos.

Fueron pocos los médicos de finales de siglo que, al menos en algún momento, no practicaran, mejor o peor, con el hipnotismo y con sus derivaciones metapsíquicas. Tampoco las principales figuras médicas españolas, como fue el caso de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), quedaron al margen de esta tendencia. Según recoge en los *Recuerdos de mi vida,* publicados en 1923, este médico e histólogo experimentó durante su estancia en Valencia entre los años 1883 y 1887 numerosos ensayos con la hipnosis: «Mencionaré solamente los experimentos de hipnosis producidos en las personas sanas y al parecer limpias de toda tara neurótica (algunos de ellos abogados, médicos, etcétera). Sobrevenido el grado de sopor y de pasividad indispensables, producíanse, a la orden del hipnotizador, y tanto durante el sueño como después de despertarse, la catalepsia cérea y la analgesia; congestiones y hemorragias por sugestión; alucinaciones positivas y negativas de todo linaje (visuales, acústicas, táctiles); amnesia total o parcial; evocación de imágenes olvidadas o casi olvidadas; desdoblamiento de la personalidad; eclipse o inversión de los sentimientos más arraigados, y, en fin, abolición total del libre albedrío, es decir, de la facultad crítica y de la selección consciente de las reacciones motrices. Hasta los actos más repugnantes al carácter o los más contrarios a la moral y a la decencia, eran fatal y necesariamente ejecutados. Sujeto hubo que ajustó estrictamente su vida, durante una semana, a un programa especial lleno de acciones extravagantes e ilógicas, sugerido durante el estado sonambúlico».

Cajal también practicó bastantes sesiones de hipnosis terapéutica: «Conseguí realizar prodigios que envidiaría el más hábil de los taumaturgos. Mencionaré la transformación radical del estado emocional de los enfermos (paso casi instantáneo de la tristeza a la alegría); la restauración del apetito en histeroepilépticas inapetentes y emanciadísimas; la curación, por simple mandato, de diversas parálisis crónicas de naturaleza histérica; la cesación brusca de ataques de histerismo con pérdida de conocimiento; el olvido radical de acontecimientos dolorosos y atormentadores; la abolición completa de los dolores del parto en las mujeres normales; en fin, la anestesia quirúrgica, etcétera». Un caso de mitigación de los dolores del parto mediante hipnosis sería publicado por Cajal en 1889 en la *Gaceta Médica Catalana*.



DE: «SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL». P. LAÍN ENTRALGO Y A.ALBARRACÍN, LABOR, BARCELONA, 1982

Durante su etapa en Valencia, Santiago Ramón y Cajal realizó múltiples experimentos con la hipnosis y fundó en su propio domicilio el «Comité de Investigaciones Psicológicas». Se conservan algunas anotaciones del médico e histólogo sobre aquellos ensayos.

Siguiendo la corriente del momento, se interesó asimismo por los aspectos del hipnotismo conectados con la metapsíquica. Fundó, junto con algunos tertulianos del Casino de la Agricultura valenciano, el «Comité de Investigaciones Psicológicas», modesto remedo casero (tenía la sede en su propio domicilio valenciano) de la Sociedad para la Investigación Psíquica londinense. Por su casa —cuenta Cajal— desfilaron especies notabilísimas de histéricas, neurasténicos, maníacos y hasta de acreditados médiums espiritistas. Y allí, en su domicilio, llevó también a cabo sus pesquisas en este terreno.

A pesar del interés de Cajal por los fenómenos extraordinarios ligados al hipnotismo, su éxito con ellos fue más bien escaso: «Durante aquellas épicas pesquisas sobre la psicología morbosa solo se me resistieron tenazmente esos fenómenos extraordinarios, confinantes con el espiritismo, a saber: la visión a través de los cuerpos opacos, la trasposición sensorial, la sugestión mental, la telepatía, etcétera, estupendos milagros afirmados muy formalmente por Ochorowicz, Lombroso, Rochas, Zöllner, Richet, P. Gibier, Flammarion, Myers...»

Los escasos éxitos y dudosos resultados obtenidos con los fenómenos extraordinarios por Cajal y por la mayor parte de los médicos que movidos por la curiosidad se acercaron a ellos, acabaron mermando el optimismo inicial con que los había recibido. Aun así, experiencias como la relatada en este artículo de Sánchez Herrero con Petra mantuvieron abiertas las puertas durante bastante tiempo a la posibilidad de que, de forma similar a lo ocurrido con el teléfono o la telegrafía sin hilos, inicialmente tildados de charlatanería, una eventual mejora del «histo-fisio-quimismo cerebral» permitieran su definitiva incorporación a la ciencia y a la medicina.

Del hipnotismo a la hipnosis contemporánea

Con el transcurso de la primera década del nuevo siglo, la fascinación finisecular de la medicina por la hipnosis se fue apagando y el hipnotismo dejó de estar en boga. Esa merma de pujanza en toda Europa se reflejó en la pérdida del término hipnotismo en las dos principales revistas de la época en este campo: la alemana *Zeitschrift für Hypnotismus* pasó a llamarse *Journal für Psychologie und Neurologie* en 1902 y la francesa *Revue de l'hypnotisme* se denominó *Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée* a partir de 1910.

Con todo, a lo largo de las dos primeras décadas del siglo xx la hipnosis clínica siguió manteniendo con altibajos una presencia y una producción científica de entidad en la medicina europea en su conjunto. Tuvo incluso un efímero reavivamiento durante el período inmediatamente posterior a la Primera Guerra Mundial, al emplearse como tratamiento de las secuelas psíquicas causadas por la guerra de trincheras.

También en España aparecieron en esos años obras de cierta valía. Entre ellas destacó en 1919 *Hipnotismo e hipnoterapia*, de Julio Camino Galicia (1882-1956), hermano del poeta León Felipe, médico militar y reputado hipnotizador, quien además publicaría desde 1912 hasta 1930 numerosos artículos sobre hipnotismo en las revistas *España Médica, Revista de Sanidad Militar* y *Boletín de Sanidad Naval.*

La obra de Camino constaba de tres partes. La primera trataba el hipnotismo de forma genérica: por un lado, hablaba de la teoría del hipnotismo concebido como una función psicofisiológica propia de los elementos neuronales; por otro, de la fenomenología de la función sugestiva, estableciéndose cinco estados de sugestividad: narcoléptica, letárgica, con muerte aparente, cataléptica y sonambúlica. La segunda sección se centraba en la hipnoterapia. Aunque este médico hipnotizador consideraba la histeria como el mejor terreno de acción del hipnotismo, señalaba en los textos su utilidad en otras enfermedades, entre estas, la histero-epilepsia, la epilepsia, la neurastenia, la psicosis, los vicios morales, las

anomalías y perversiones sexuales, las toxicomanías, las fobias y las melancolías. También le parecía recomendable como anestésico en cirugía y obstetricia, y en algunas enfermedades orgánicas en tanto calmante en síntomas como el dolor, el insomnio y la disnea. Todas las indicaciones se ejemplifican con casos tomados de la propia práctica clínica del autor.

Constituye un aliciente del libro la inclusión en este apartado de sus experiencias con hipnosis llevadas a cabo sobre nativos cabileños en su destino marroquí de Zeluán. Refirió aquí con detalle dos casos de anestesia hipnótica: una practicada en una mujer con el objetivo de realizar la incisión de un panadizo, y otra efectuada en un varón a fin de extirpar un voluminoso absceso doloroso en la mama derecha. Por último, la tercera parte estaba consagrada a la técnica de la sugestión hipnótica.

Camino relató los métodos de inducción hipnótica que empleaba con más frecuencia, clasificándolos en tres tipos: psíquicos (por medio de la palabra y por mimetismo), físicos (por la mirada, pases sobre los globos oculares y la superficie del cuerpo, y por presiones en las zonas hipnógenas) y mixtos (combinaciones de los distintos procedimientos psíquicos y físicos). Más tarde, en 1928, publicaría *Cómo se hipnotiza. Manual práctico de psicoterapia hipnosugestiva*, que fue una reelaboración y puesta al día de la obra anterior.

A partir de los años veinte el declive del hipnotismo clínico se hizo más pronunciado. Diversas causas concatenadas propiciaron ese creciente desapego de la hipnosis. Una de las más claras fue, seguramente, la aparición de novedosas formas de psicoterapia con las que la hipnosis entró en inevitable competencia, como la psicología individual, la psicagogia o psicología pedagógica y el psicoanálisis. En España, la repercusión del psicoanálisis, que siempre consideró a la hipnosis como un precursor incompleto, se incrementó en la década de los años veinte, coincidiendo con la traducción a partir de 1922 de las obras completas de Freud en un total de 17 volúmenes publicados desde 1922 hasta 1934. Ya a partir de la publicación de los primeros volúmenes se dispararon en España los escritos acerca de la figura del padre del psicoanálisis y sobre la teoría y la práctica psicoanalítica, lo que coincidió con el paralelo decremento de las dedicadas a la hipnosis.

Habría que esperar a finales de los años cincuenta del siglo xx para observar, aprovechando la favorable coyuntura internacional, el resurgir de la hipnosis clínica en España. En 1958 se publicó el informe oficial de la Asociación Médica Estadounidense con veredicto favorable a la hipnosis; asimismo, en octubre, se celebró en Chicago el Primer Congreso Internacional de Hipnosis Médica. En abril del mismo año se organizó, por la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, un curso sobre psicoterapia menor, que contemplaba, entre otras técnicas, las de relajación, las sugestivas y las hipnóticas.

Sin embargo, más determinante para el resurgir de la hipnosis en nuestro país fue la celebración del IV Congreso Internacional de Psicoterapia, también en Barcelona, en septiembre de 1958. En él se dedicó una sección a «Hipnosis y técnicas de relajación», presidida por el alemán Johannes Schultz (1884-1970), el creador del entrenamiento autógeno, y el holandés Berthold Stokvis (1906-1963), uno de los especialistas más afamados por entonces en medicina psicosomática e hipnosis clínica.

La calidad y variedad de trabajos presentados en esa cuarta edición del congreso fue uno de los determinantes clave para que, poco después, en 1960, un neurólogo y psiquiatra colombiano, Alfonso Caicedo, fundara la Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental, entidad que al año siguiente tomaría el nombre de Sociedad Española de Sofrología Médica. Una nueva etapa, no exenta tampoco de controversia, se inició para la hipnosis en España. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 62

PARA SABER MÁS

A history of hypnotism. A. Gauld. Cambridge University Press, Cambridge, 1995.

Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia. J. M. López Piñero. Alianza, Madrid, 2002.

Hidden depths: The story of hypnosis. R. Waterfield, Macmillan, Londres. 2002.

En ningún lugar en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo. Coordinado por L. Montiel y Á. González de Pablo. Frenia, Madrid, 2003.

La hipnosis médica española y sus contextos (1887-1934). Á. González de Pablo en *La gestión de la locura. Conocimiento, prácticas y escenarios* (España, siglos xix-xx) (págs. 485-506). Coordinado por J. Martínez Pérez, J. Estévez, M. del Cura y L. Víctor Blas. Ediciones de la UCLM, Cuenca, 2008.

«An object of vulgar curiosity»: Legitimizing medical hypnosis in imperial Germany. H. Wolffram en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 67, págs. 149-176, 2012.

Metapsychics in Spain: Acknowledging or questioning the marvellous? A. Müllberger y M. Balltondre en *History of the Human Sciences*, vol. 25, págs. 108-130, 2013.

PSICOLOGÍA CLÍNICA Los trastornos mentales han existido a lo largo de la historia de la humanidad. Diferentes investigadores y corrientes psicológicas han contribuido a su detección y tratamiento

Del exorcismo a la psicoterapia

SVEN BARNOW, ANNEMARIE MIANO Y KATRIN SCHULZE

Las estadísticas resultan alarmantes: hoy en día, las enfermedades mentales son el tercer motivo más frecuente de incapacidad laboral, y la probabilidad de desarrollar una psicopatología al menos una vez en la vida ronda el 43 por ciento. Pero los trastornos mentales no son un fenómeno de los tiempos modernos. Seguramente, siempre han existido. Un repaso a la historia de la evolución de la psicología clínica muestra que, desde antes de Cristo, se buscaba remedio para las personas que manifestaban un comportamiento o unas emociones «diferentes» y que podían suponer un peligro para ellas mismas o para su entorno.

En la antigüedad, se partía de la base de que los malos espíritus, los demonios o los conflictos entre Dios y el demonio originaban comportamientos anómalos. Por entonces, el tratamiento se limitaba, sobre todo, al exorcismo, a expulsar los espíritus o el diablo del cuerpo de quien padecía esos síntomas. Pero Hipócrates (460-370 a.C.) arrojó un rayo de esperanza para estas personas. Fue uno de los primeros eruditos en desligar los trastornos mentales de conflictos sobrenaturales. Este médico griego atribuyó un origen somático para esas maneras «extrañas» de comportarse: hablaba de un desequilibrio en los humores corporales. En la actualidad, sin embargo, muchas de sus suposiciones resultan extravagantes; entre ellas, la idea de que el útero que tiene vida propia y vagabundea por el cuerpo de la mujer en busca de hijos desemboca en histeria. El punto de vista de Hipócrates fue revolucionario para la época. Pero pronto cayó en el olvido. En la Edad Media, los demonios volvieron a protagonizar las explicaciones para la conducta inusual.

En síntesis: Una larga historia

1 La psicología clínica, disciplina que se ocupa del origen y tratamiento de los trastornos mentales, cuenta con una dilatada tradición. Ya Hipócrates destacó el origen somático del temperamento.

2 En el transcurso de los siglos se ha pasado de querer proteger a la población de los «locos» a buscar un tratamiento efectivo para curar a las personas con trastornos psíquicos.

3 Gran parte de los tratamientos psicoterapéuticos actuales beben todavía de las dos grandes corrientes históricas de la psicología, el psicoanálisis y el conductismo.

En el siglo xv se establecieron los primeros manicomios en Europa. Más que para curar, su finalidad consistía en proteger a la población de los «locos». En aquellos tiempos, los médicos interpretaban que los enfermos mentales se decantaban intencionadamente por la locura en lugar de tender a la razón. Por ese motivo, se intentaba «persuadir» a los pacientes a través de métodos brutales, entre otros, infligiéndoles quemaduras o atándoles. Hacia 1800, el médico francés Philippe Pinel (1745-1826) puso en marcha una reforma humanitaria del tratamiento de los enfermos psíquicos. Sostenía que había que ayu-

AKG IMAGES / DE AGOSTINI PICTURE LIBRARY

En este lienzo del siglo XIX realizado por Tony Robert-Fleury (1838-1911), el médico francés Philippe Pinel libera de sus cadenas a una enferma mental con motivo de su «reforma del manicomio».

darles y tratarles con cordialidad. La popularidad de sus éxitos favoreció un cambio de pensamiento en su país y en otros lugares del mundo.

Cuando en el año 1879, Wilhelm Wundt (1832-1920) fundó el primer instituto psicológico en la Universidad de Leipzig, la psicología alcanzó el estatus de ciencia independiente. Poco después, el psicólogo Lightner Witmer (1867-1956), discípulo de Wundt, empleó por primera vez el término *psicología clínica*.

A comienzos del siglo XX, se desarrollaron dos modelos explicativos, en gran parte independientes el uno del otro, para la vivencia y el comportamiento humanos: el psicoanálisis y el conductismo. Uno de los precursores del psicoanálisis fue el médico vienés Josef Breuer (1842-1925), cuya paciente Bertha Pappenheim (más conocida por el pseudónimo Anna O.) padecía episodios de parálisis sin un origen corporal aparente. Breuer la trató entre los años 1880 y 1882. Observó que la joven de 21 años, al igual que otros de sus pacientes, mostraba menos síntomas o incluso ninguno tras una sesión de hipnosis. En su investigación sobre la hipnosis colaboró su colega Sigmund Freud (1856-1939), quien pocos años más tarde fundó el psicoanálisis. Ambos médicos supusieron que los conflictos interiores, a

LOS AUTORES

Sven Barnow es profesor de psicología clínica y psicoterapia en la Universidad de Heidelberg y dirige la consulta de psicoterapia del mismo centro. *Annemarie Miano* (*centro*) y *Katrin Schulze* colaboran en la misma cátedra.

menudo de naturaleza sexual, desencadenaban síntomas corporales y mentales.

Centrarse en esos conflictos mediante conversaciones y hacerlos conscientes ayudaba a eliminar las molestias o al menos a mitigarlas, sostenían. Freud enfatizó, además, lo mucho que los procesos inconscientes conforman la personalidad, y formuló numerosas preguntas importantes que aún hoy los psicólogos tratan de responder: ¿cómo repercuten en la psique los traumas de la infancia temprana? ¿Con qué estrategias de defensa inconscientes evitan las personas los conflictos internos?

El descubrimiento del inconsciente

El psicoanálisis clásico ha experimentado a lo largo de su historia modificaciones, desarrollos y desdoblamientos. Dos contemporáneos de Freud, Carl Gustav Jung (1875-1961) y Alfred Adler (1870-1937), elaboraron las teorías psicodinámicas, las cuales conferían menos importancia a los aspectos sexuales. Jung partía del supuesto de que las personas heredamos un inconsciente colectivo a través de los llamados arquetipos, las formas primitivas de los patrones humanos de representación y conducta (psicología analítica). Adler, en cambio, no creía en los impulsos internos. En su opinión, los factores culturales y sociales influyen en la vivencia y el comportamiento de la persona (psicología individual).

A partir de las modificaciones de los principios psicoanalíticos se desarrolló la psicoterapia fundamentada en la psicología profunda. Esta se basa, asimismo, en el supuesto de que nuestros pensamientos, nuestras emociones y actuaciones dependen de influencias psíquicas inconscientes que se tornan conscientes durante la conversación con el terapeuta y que deben resolverse. Pero el tratamiento es más corto que en el psicoanálisis clásico. Otra diferencia estriba en que el terapeuta y el paciente se sientan uno frente a otro, de igual a igual.

Mientras Freud y sus contemporáneos investigaban el inconsciente, en Rusia y Estados Unidos apareció una línea de investigación centrada en estudiar la conducta observable: el conductismo. Esta corriente de la psicología se convirtió en la predecesora más relevante de la psicología clínica actual, sobre todo de la terapia de la conducta. Su fundador, John B. Watson (1878-1958), consideraba que únicamente lo observable debía ser objeto de estudio en psicología. Veía su disciplina como una ciencia natural del comportamiento, y aplicó a los humanos los conocimientos del condicionamiento clásico que el psicólogo ruso Ivan P. Pavlov (1849-1936) obtuvo con animales. En un famoso y, desde el punto de vista actual, éticamente inaceptable experimento, el psicólogo enseñó a Albert, de 11 meses de edad, a tener miedo de una rata. Cada vez que el pequeño veía al roedor, el investigador producía un ruido fuerte para asustar al bebé. Con el

GETTY IMAGES / PETER BARRITT

500-1500

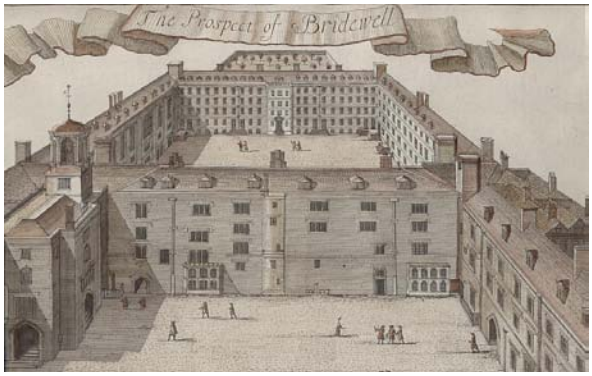
En la Edad Media, las personas creían que el origen de las enfermedades mentales se encontraba en los malos espíritus y demonios.

Hacia 1800

Philippe Pinel, director médico del Hospital La Bicêtre en París, pone en marcha una reforma del manicomio. Reivindica un tratamiento moral de las personas con trastornos psíquicos.

Alrededor de 400 a.C.

El médico griego Hipócrates es uno de los primeros en atribuir los trastornos psíquicos a causas orgánicas, y no a fenómenos sobrenaturales.



JOHN STRYPE /THE PROSPECT OF BRIDEWELL. FUENTE: JOHN STRYPE'S, AN ACCURATE EDITION OF STOW'S SURVEY OF LONDON, 1720 / DOMINIO PÚBLICO

A partir de 1500

Aparecen en Europa los primeros manicomios para proteger a la población de los «locos».

tiempo, el niño también desarrolló miedo a los conejos, a los perros y a otros animales. Esta denominada generalización del estímulo desempeña un importante papel en la aparición de las fobias.

Unos años más tarde, el psicólogo Burrhus F. Skinner (1904-1990) introdujo el término *condicionamiento operante*. A diferencia del clásico, este método provoca la conducta espontánea mediante una recompensa o un castigo. Skinner observó que las ratas presionaban con mayor frecuencia una palanca si, a cambio, obtenían comida. Cuando, por el contrario, recibían una descarga eléctrica al accionar el interruptor, los animales aprendían en poco tiempo que no debían tocarlo. Skinner vio el condicionamiento operante como una oportunidad para educar a las personas. Su visión de un nuevo orden social futuro la plasmó en la novela utópica *Walden dos*. Pese a que ni Watson ni Skinner intentaron aplicar sus conocimientos para el tratamiento de las enfermedades mentales, establecieron con el condicionamiento un importante fundamento para la terapia conductual.

En 1958, el psiquiatra sudafricano Joseph Wolpe (1915-1997) desarrolló el primer procedimiento de terapia conductual. Su técnica de desensibilización sistemática podía ayudar a los pacientes a superar las fobias. Este método les permitía desprenderse de su miedo al confrontarles paso a paso y de manera imaginaria con los fenómenos que les provocaban pavor, por ejemplo, las arañas. En la actualidad, los terapeutas conductuales también emplean esta estrategia, aunque en ciertas fobias se ha mostrado más efectivo enfrentar al afectado directamente con el objeto amenazante.

En los años setenta del siglo xx surgió una insatisfacción creciente en torno a la postura de considerar exclusivamente la conducta observable, pues los procesos cognitivos también desempeñan un papel de peso en el mantenimiento de los trastornos psíquicos. Albert Ellis (1913-2007) y Aaron T. Beck iniciaron la llamada transformación cognitiva de la terapia de la conducta, que en la actualidad también se denomina de segunda generación. Querían tomar en consideración procesos difícilmente comprobables, como el pensamiento y las emociones, para la investigación y la terapia. Beck partió de que determinados errores de pensamiento favorecían y mantenían un estado de depresión. De hecho, la terapia cognitivo-conductual (TCC) de hoy induce todavía a los pacientes a que aprendan a reconocer estos pensamientos automáticos y a que evalúen su veracidad.

Numerosos estudios han confirmado la eficacia de este procedimiento en la ansiedad y la depresión, así como en trastornos de la conducta alimentaria y somatomorfos. Entre otros hallazgos, se ha demostrado que la TCC tiene en las personas con depresión efectos beneficiosos similares a los de la farmacoterapia, aunque en esta última se registran más recaídas. La investigación

1811

Numerosos psiquiatras sostienen que con violencia y miedo puede devolverse la razón a los enfermos mentales. Entre otros métodos, amarraban al paciente a una «silla tranquilizante».

BIBLIOTECA NACIONAL DE MEDICINA / DOMINIO PÚBLICO

1858

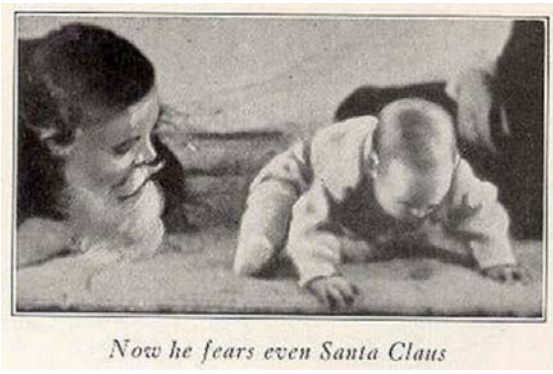
John C. Bucknill y Daniel H. Tuke publican uno de los primeros manuales diagnósticos para los tratamientos de la «locura», según el cual los trastornos psíquicos pueden ser reconocidos por el aspecto físico.

1896

El neurólogo vienés Sigmund Freud emplea por primera vez el término *psicoanálisis* en su ensayo *La etiología de la histeria*. El mismo año, el psicólogo estadounidense Ligthner Witmer abre en Filadelfia la primera clínica de psicología.

1920

John B. Watson declara que solo la conducta observable puede ser objeto de estudio en psicología. Se le considera fundador del conductismo, cuyos principios aún hoy caracterizan la terapia conductual moderna. En su experimento del pequeño Albert, éticamente inaceptable, enseñó a un bebé de 11 meses a tener miedo.



JOHN B. WATSON / ARCHIVO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE AKRON / EXPERIMENTO DEL PEQUEÑO ALBERT / DOMINIO PÚBLICO

clínica de hoy también examina la eficacia de los procesos terapéuticos psicodinámicos. En 2009, un metanálisis comprobó que el tratamiento psicoanalítico mejoraba el estado de los pacientes.

Vencer la histórica separación

Actualmente, nos encontramos en la tercera generación de la TCC. Conceptos como atención, aceptación, meditación y procesamiento emocional han ganado importancia, puesto que la TCC clásica no obtiene resultados satisfactorios en ciertos trastornos psicológicos complejos sostenidos a lo largo del tiempo, como el trastorno límite de la personalidad. Entre estos tratamientos se encuentran la terapia dialéctica conductual (con frecuencia se utiliza con los pacientes con trastorno límite de la personalidad), las técnicas de regulación emocional, la meditación y los procesos basados en la atención.

Esta tercera generación destaca también porque muchos expertos abogan por superar la rígida separación entre las grandes escuelas, es decir, la terapia psicodinámica y la cognitivo-conductual. Los nuevos conceptos de tratamiento, como la terapia de esquemas [*véase* «Terapia de esquemas: la transformación interior», *en este mismo número*] contienen métodos cognitivos y psicodinámicos. Asimismo, numerosos psicólogos completan su repertorio de técnicas con elementos terapéuticos de diferentes escuelas, ajustándose, de este modo, a las necesidades del paciente.

Sin embargo, todavía se desconoce en qué medida esta tercera generación conduce a una mejor comprensión de los trastornos mentales. Algunos científicos se muestran escépticos. Su principal argumento estriba en que los nuevos enfoques no son, por lo general, más eficaces que la TCC. Ciertos metanálisis actuales apoyan esta tesis: en muchos trastornos mentales, las terapias basadas en la atención y la aceptación se han mostrado efectivas, pero no más que los métodos de la TCC. No obstante, el amplio espectro de técnicas terapéuticas posee un lado bueno: el paciente puede escoger la técnica que mejor se ajusta a su personalidad y sus necesidades, condición previa esencial para que una terapia resulte exitosa.

¿Cómo se desarrollará la psicología clínica en un futuro? ¿Qué características presentará una cuarta generación de la terapia conductual? De momento, nadie puede responder a estas preguntas. Pero una de las próximas metas que debería marcarse la investigación clínica es reducir el riesgo de recaída, pues alrededor de la mitad de los afectados de depresión enferman dos años después de un tratamiento exitoso.

Por otra parte, en el futuro, los investigadores deberán tener más en cuenta las diferencias individuales de los pacientes. En adelante también se deberán encontrar remedios y estrategias para prevenir la enfermedad mental. Para averiguar qué métodos terapéuticos funcionan, los científicos tendrán que apostar aún más por las técnicas de neuroimagen y los análisis genéticos. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 85

PARA SABER MÁS

Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. M. Goyal et al. en *JAMA Internal Medicine*, vol. 174, págs. 357-368, 2014.

Twelve months prevalence of mental disorders in the German health interview and examination survey for adults-Mental health module (DEGS1-MH): A methodological addendum and correction. F. Jacobi et al. en *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 24, págs. 305-313, 2015.

EN NUESTRO ARCHIVO

Los orígenes del psicoanálisis. Bernd Nitzschke en *MyC* n.º 29, 2008.

El hipnotismo y los inicios de la psicoterapia en España. Ángel González de Pablo, *en este mismo número*.

Un siglo de conductismo. Stephen F. Ledoux en *MyC* n.º 58, 2013.

Tras el éxito de la terapia cognitivo-conductual. Emily Anthes en *MyC* n.º 74, 2015.

1960-1980

Surge la segunda generación de la terapia conductual. El psiquiatra Aaron T. Beck enfatiza el papel de la cognición en los trastornos mentales. Se le considera, junto con Albert Ellis, fundador de la terapia cognitivo-conductual.

A partir de 1990

Comienza la tercera generación de la terapia conductal. Los psicoterapeutas toman cada vez más en consideración la aceptación, la atención, la meditación y las emociones en el tratamiento.

2013

La quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5) sigue basando los diagnósticos sobre todo a partir de categorías (diagnóstico sí/no), pero por primera vez permite una valoración dimensional del tipo de gravedad (leve, moderado, grave).

Sigue el desarrollo de la psicología y las neurociencias

MENTE Y CEREBRO n.º 96
Huellas digitales del yo • Efectos cerebrales de no dormir • Turismo oscuro y atracción por los lugares trágicos • La importancia de poder olvidar • La consciencia unida al cuerpo

MENTE Y CEREBRO n.º 95
Paradojas de la razón • El coma y su pronósticos incierto • Amnesia infantil: el gran olvido • ¿Cómo ven el mundo los daltónicos? • Vacunofobia: un peligroso autoengaño

MENTE Y CEREBRO n.º 94
Psicología para la paz • Entrevista con Steven Pinker: la violencia humana • Factores que reducen el riesgo de tumor cerebral • Plasticidad cerebral tras el parto • El origen cultural de las habilidades numéricas

MENTE Y CEREBRO n.º 93
Contra el dolor crónico • Técnicas de investigación psicológicas • Cómo explicar la muerte a los niños • El porqué de las náuseas durante la gestación • FOMO, el miedo a perderse algo

MENTE Y CEREBRO n.º 92
El reto del autoconocimiento • El síndrome de desgaste parental • Así actúa el efecto placebo en el cerebro • Afantasía: sin capacidad de imaginar • Entrevista con la primatóloga Jane Goodall

MENTE Y CEREBRO n.º 91
Resiliencia • Tras los fármacos para aliviar la migraña • ¿Existe la «menopausia masculina»? • Antipsiquiatría: un movimiento social que sigue vivo • ¿Traumas que se heredan de abuelos a nietos?

www.investigacionyciencia.es/revistas/mente-y-cerebro

Para más información y efectuar tu pedido: Tlf. 935 952 368 | contacto@investigacionyciencia.es

NUEVAS TECNOLOGÍAS Cada vez son más numerosas las aplicaciones para teléfonos móviles inteligentes destinadas a las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, pocas se han analizado bajo lupa

Psiquiatras de bolsillo

EMILY ANTHES

Si teclea la palabra «depresión» en la Tienda App de Apple de un teléfono móvil inteligente o en una tableta digital, la pantalla le mostrará una lista de al menos cien programas. Aparecerán unas aplicaciones destinadas al diagnóstico, otras que realizan un seguimiento del estado de ánimo, y otras más que ayudan a pensar en positivo. Tampoco falta la que se promociona como «la número 1 entre las aplicaciones de hipnosis para la depresión» o «el método más sencillo y efectivo para reprogramar su cerebro cada día en tan solo cinco minutos», entre varias docenas de propuestas más. Todo ello solo para la depresión. Existen también aplicaciones para la ansiedad, la esquizofrenia, el síndrome de estrés postraumático, los trastornos de conducta alimentaria y las adicciones.

Probablemente, esta industria floreciente responde a una necesidad importante: según se calcula, en torno a un 29 por ciento de la población sufrirá algún trastorno mental durante su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que muchas de estas personas (un 85 por ciento en los países en desarrollo y hasta un 55 por ciento en los industrializados) no reciben el tratamiento que precisan. Las aplicaciones de telefonía móvil diseñadas para el cuidado de la salud podrían reducir dicha carencia. La ubicuidad de los teléfonos inteligentes lleva a pensar que podrían servir de «salvavidas», sobre todo para los habitantes de áreas rurales o empobrecidas. Todos dispondrían de un terapeuta portátil en su bolsillo. «Ahora es posible llegar a personas que hasta hace poco eran totalmente inaccesibles», explica Dror Ben-Zeev, director de un programa de salud mental en el Centro de Investigación Psiquiátrica del Colegio Dartmouth en Lebanon, Estados Unidos.

Organizaciones de sanidad pública han aceptado este concepto; al menos en parte. Incluso la OMS recomienda en su Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020 «promover el autocuidado con la ayuda, por ejemplo, de medios electrónicos y de la telefonía móvil». El Servicio Nacional de Sanidad británico, por su parte, ofrece en su página web una pequeña lista de recursos en línea para la salud mental, entre ellos, dos o tres aplicaciones que cuentan con respaldo oficial.

Pero la tecnología se mueve a mayor velocidad que la ciencia. Aunque existen estudios que confirman que algunas aplicaciones cuentan con un buen diseño y pueden mejorar el estado de algunos pacientes, la mayoría de ellas deben analizarse todavía. Tal vez sean efectivas, o tal vez no; incluso es posible que algunas resulten perniciosas. Aunque los científicos y las autoridades sanitarias empiezan a investigar de manera detallada los posibles

LA AUTORA

Emily Anthes es periodista científica.

Múltiples aplicaciones para teléfonos móviles inteligentes ofrecen la posibilidad de tratar problemas psicológicos. En muchos casos, su efectividad resulta dudosa.

ISTOCK / FRANCKREPORTER

En síntesis: Solución con lagunas

1 En la actualidad existen numerosas aplicaciones para teléfonos móviles inteligentes con fines médicos. Casi una tercera parte están destinados a los trastornos psíquicos.

2 No obstante, la mayoría de estos programas carecen de una evaluación científica, por lo que su efectividad resulta cuestionable. Algunos pueden ser incluso perjudiciales.

3 Aunque este tipo de aplicaciones podría facilitar el tratamiento de las personas con dificultades para acceder al sistema sanitario, tal supuesto constituye, hoy por hoy, una mera teoría.

beneficios y errores de estos programas, falta mucho por averiguar. Por otro lado, apenas se ofrece orientación a los usuarios.

«Cuando buscas "depresión" en el teléfono móvil, resulta difícil saber si las aplicaciones que aparecen son de calidad y eficaces o si entrañan riesgos», advierte John Torous, psiquiatra en la Escuela de Medicina de Harvard y presidente de la Comisión para la Evaluación de Aplicaciones de Telefonía Móvil de la Asociación Americana de Psiquiatría. Y añade: «En este momento parece que estamos en el Salvaje Oeste de la sanidad».

Ayuda flexible

Las intervenciones electrónicas no surgen ahora como una novedad en el ámbito de la psicología. Existe abundante bibliografía que demuestra que la terapia cognitivo-conductual (tratamiento dirigido a modificar las conductas y los pensamientos problemáticos) a través de Internet puede ayudar a tratar la depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, muchos de estos programas terapéuticos en línea requieren que el paciente invierta largas sesiones sentado frente a la pantalla de un ordenador [*véase* «La psicoterapia a distancia, más consolidada», por Robert Epstein; Mente y Cerebro n.º 51, 2011].

Las aplicaciones para teléfonos inteligentes presentan la ventaja de que pueden utilizarse a cualquier hora y en cualquier lugar. «Ofrecen el acceso flexible a un tratamiento flexible y acorde con el estilo de vida de cada uno. Además, resuelven el problema del estigma social. Si el usuario no se encuentra preparado para acudir al médico, puede suponer un primer paso para buscar ayuda», indica Jen Martin, director de programas en MindTech, centro que desarrolla y evalúa nuevas tecnologías dedicadas a la salud mental para el Instituto Nacional de Investigación Sanitaria del Reino Unido.

Una de las aplicaciones públicas más populares se diseñó con el objetivo de atender a ese deseo de flexibilidad. En 2010, los psicólogos del Gobierno estadounidense percibieron que los militares veteranos con trastorno por estrés postraumático (TEPT) necesitaban algo que les ayudara en el momento en que sentían que los síntomas empeoraban. «Requerían una herramienta que pudiesen utilizar cuando aumentaba su estado de ansiedad, incluso si se encontraban en la cola del supermercado», explica Eric Kuhn, psicólogo clínico y director del Centro Nacional para TEPT del Departamento para Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos.

Este departamento se unió con el de Defensa para desarrollar PTSD Coach («Asesor para el TEPT»), una aplicación gratuita para móviles. Desde su presentación a principios de 2011, el programa ofrece a los usuarios información sobre el TEPT y sus síntomas, así como una red de apoyo de amigos y familiares. También aconseja estrategias para afrontar emociones abrumadoras (por ejemplo, para reducir un estado de ansiedad sugiere al afectado que se distraiga buscando un vídeo divertido en YouTube o le propone ejercicios de visualización).

Durante los tres primeros años de funcionamiento, la aplicación registró más de 150.000 descargas repartidas por 86 países. Varios estudios a pequeña escala han demostrado su utilidad. En 2014, el equipo de Kuhn comprobó a partir de una encuesta entre 45 veteranos de guerra con TEPT que más del 80 por ciento consideraba que la aplicación les había ayudado a identificar y gestionar los síntomas del trastorno y a encontrar soluciones prácticas para sus problemas. En una investigación publicada 2016, el mismo grupo ha demostrado que dicha aplicación mejora notablemente los síntomas de los usuarios con TEPT. Los autores concluyen que se trata de una intervención de salud pública adecuada para las personas con ese trastorno que no reciben atención sanitaria.

Las aplicaciones para móviles también interactúan de manera proactiva con el usuario: con un tono para avisarle de que mire la pantalla, le preguntan sobre su estado anímico, sus pensamientos o el bienestar general. El programa FOCUS, creado por Ben-Zeev, está diseñado para pacientes con esquizofrenia. Varias veces al día plantea al usuario preguntas del tipo: «¿Qué tal has descansado esta noche?», «¿Has tenido un buen día?». Si responde que ha dormido mal o que ha sentido ansiedad, la aplicación le propone estrategias para afrontar el problema; en este caso, reducir la ingesta de cafeína o efectuar ejercicios de respiración profunda.

Algunos *software* facilitan que el paciente esté en contacto con médicos y terapeutas. ClinTouch, creada por investigadores de la Universidad de Manchester, analiza las respuestas de los usuarios para comprobar la posibilidad de una recaída; incluso puede notificar la situación a un equipo de atención clínica.

Los estudios de factibilidad, concebidos para determinar si una intervención resulta práctica a pequeña

escala, revelan que los pacientes aceptan el uso de estas dos aplicaciones. En 2014, se observó que los sujetos que utilizaron FOCUS durante un mes mostraban una reducción en los síntomas psicóticos y de depresión. En la actualidad se están llevando a cabo estudios aleatorizados y controlados de FOCUS y ClinTouch.

Algunos investigadores ven una oportunidad para conocer el estado psicológico de los afectados en los datos que los teléfonos móviles recopilan sobre sus pautas de movimiento o de comunicación. «El teléfono es un diario de su vida muy interesante», indica Anmol Madan, cofundador y director jefe de Ginger.io, una compañía en línea dedicada a la salud mental con sede en San Francisco. Ciertos patrones de uso del teléfono móvil pueden advertir de alteraciones psíquicas, confirmó en 2016 un grupo dirigido por Till Beiwinkel, de la Universidad Leuphana en Luneburgo. Si un paciente de repente envía menos mensajes de texto, puede que sus síntomas de depresión se hayan agravado. La aplicación Ginger.io, todavía en fase de desarrollo beta (estado preliminar), supervisa cambios psicológicos de este tipo y alerta al psicólogo sobre alteraciones conductuales preocupantes.

Falta de pruebas científicas

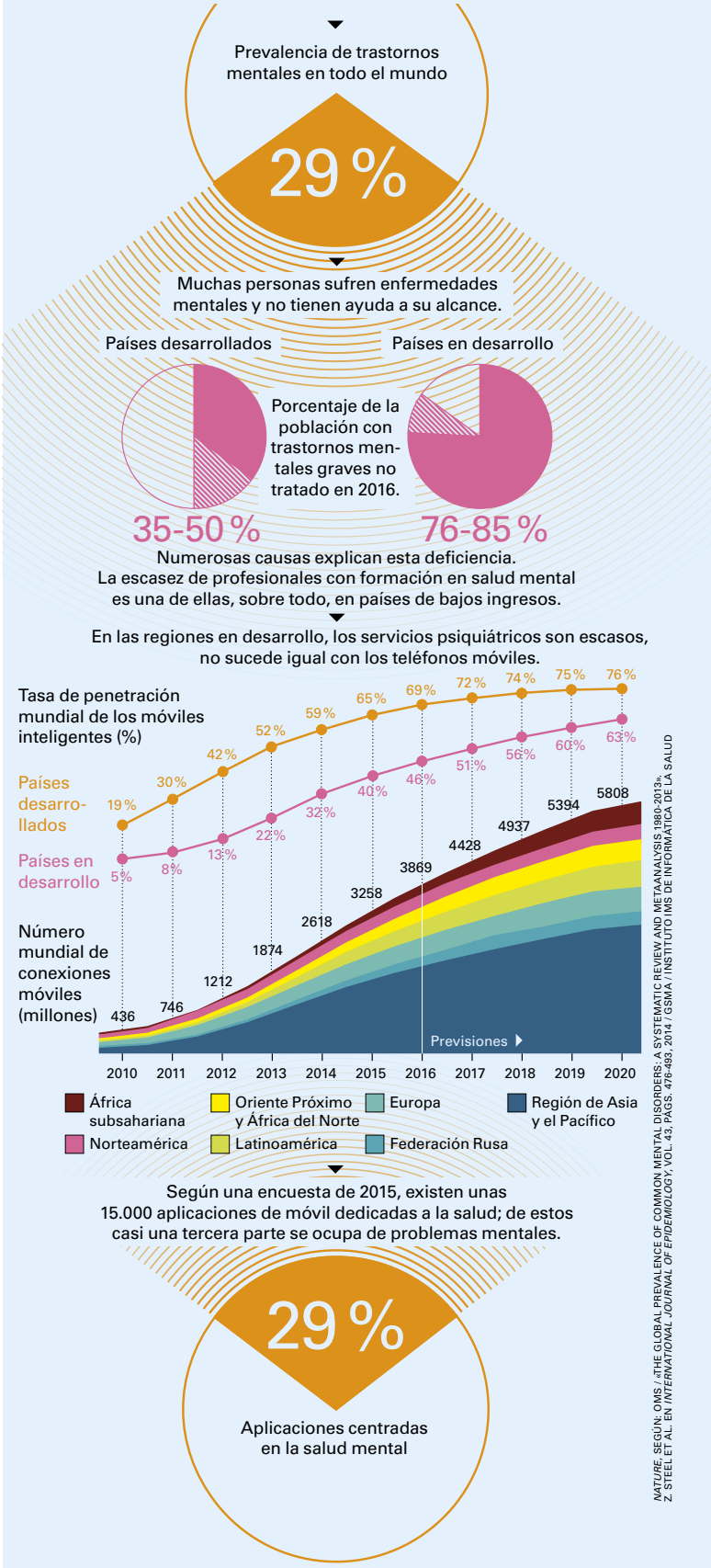
Aunque se van acumulando cada vez más indicios que respaldan el uso de estas aplicaciones, queda mucho por avanzar. En gran parte, la investigación se ha limitado a estudios piloto: los ensayos aleatorizados suelen ser de pequeño tamaño y no se replican. Además, muchos de ellos los han realizado los propios creadores de las aplicaciones, no investigadores independientes. Los ensayos controlados con placebo son excepcionales, de manera que plantean la posibilidad de que los resultados positivos que se han documentado se deban a un «efecto placebo digital», explica Torous. «Se sabe que las personas crean fuertes vínculos con su teléfono inteligente. La recepción de mensajes y consejos mediante un dispositivo personal, que es, por así decirlo, como de la familia, puede bastar para que algunas personas se sientan mejor.»

Con todo, la mayoría de las aplicaciones no se han evaluado. En 2013, Borja Martínez-Pérez, de la Universidad de Valladolid, comprobó junto con otros científicos que existían más de 1500 programas relacionados con la depresión, pero solo 32 artículos trataban este tema. Ese mismo año, investigadores dirigidos por Tara Donker, de la Universidad de Nueva Gales del Sur, en Sídney, aplicaron criterios más estrictos y obtuvieron resultados más llamativos: en su revisión de evaluaciones científicas sobre los efectos de las aplicaciones comerciales en los síntomas y trastornos psicológicos hallaron solo ocho artículos que se referían a cinco aplicaciones.

También en 2013, el Servicio Nacional de Sanidad británico (NHS, por sus siglas en inglés) publicó una biblioteca de aplicaciones móviles «sin riesgo y verificadas» para la salud, entre ellas, 14 destinadas a la depresión

Salud mental móvil

LAS APLICACIONES DE SALUD MENTAL PARA TELÉFONOS MÓVILES INTELIGENTES PODRÍAN DAR SERVICIO A LAS PERSONAS SIN ACCESO AL SISTEMA SANITARIO.



NATURE, SEGÚN: OMS / «THE GLOBAL PREVALENCE OF COMMON MENTAL DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS 1980-2013»; Z. STEEL ET AL. EN *INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY*, VOL. 43, PÁGS. 476-493, 2014 / GSMA / INSTITUTO IMS DE INFORMÁTICA DE LA SALUD

o la ansiedad. En 2015, Simon Leigh, economista de la salud, y Steve Flatt, psicoterapeuta, examinaron el escenario más a fondo: descubrieron que solo cuatro de los programas cumplían criterios científicos. El hallazgo no sorprende a Leigh. En su opinión, los desarrolladores de aplicaciones prefieren invertir el dinero en mercadotecnia para promocionar el producto antes que en costosos estudios de eficacia.

La protección de datos, asimismo, deja mucho que desear. Un análisis efectuado por investigadores a cargo de Christopher Huckvale, del Colegio Imperial de Londres, reveló en 2013 que 35 de las aplicaciones para móviles que inicialmente citaba el NHS transmitían por Internet datos sobre la identidad de los usuarios (dirección de correo electrónico, nombre o fecha de nacimiento, entre otros), y dos terceras partes de ellas lo hacían sin encriptación.

En 2015, el NHS retiró de Internet esta biblioteca de aplicaciones y publicó en línea una colección más reducida de servicios recomendados para la salud mental. La entidad pública no concedió entrevistas ni respondió a las preguntas que se mandaron por correo electrónico sobre el asunto. En su lugar, emitió un comunicado: «Estamos trabajando para actualizar la biblioteca de aplicaciones para la salud que se lanzó en 2013 como página piloto. Revisamos y recomendamos aplicaciones ceñidas a un conjunto definido de criterios, entre ellos, la protección de datos», informaba.

La regulación de programas de salud mental para móviles resulta opaca. Algunos, concebidos para uso clínico, podrían considerarse dispositivos médicos y, de esta manera, propiciar que la institución responsable de cada país se encargara de regularlas. Las fronteras se antojan, sin embargo, difusas. En general, es probable que las aplicaciones que afirman prevenir, diagnosticar o tratar alguna enfermedad concreta sean consideradas de carácter médico y atraigan sobre sí el escrutinio de la normativa, mientras que las que prometen «mejorar el estado de ánimo» o proporcionar «orientación o consejo» puedan eludirlo. La Agencia Federal de Fármacos y Alimentos (FDA) de Estados Unidos ha declarado que solo va a regular aquellas aplicaciones para temas de salud que comporten un mayor riesgo para el paciente en caso de que funcionen de manera incorrecta. De este modo, las que se consideren dispositivos médicos pueden carecer de regulación si la FDA estima que no comportan un gran peligro.

Pero los riesgos potenciales no se conocen bien. «En el caso menos grave, los usuarios podrían perder su dinero y tiempo», indica Martin. «Y en el peor de los supuestos, las aplicaciones, sobre todo las dedicadas a salud mental, podrían resultar lesivas, ofrecer consejos peligrosos e, incluso, disuadir al paciente de buscar tratamiento profesional».

Un equipo australiano revisó 82 aplicaciones orientadas al trastorno bipolar y disponibles en el mercado. Algunas de ellas contenían «informaciones falsas», advirtieron los autores. Una en concreto, iBipolar, aconsejaba a quienes se hallasen en mitad de un episodio maníaco que bebieran algún licor fuerte que les ayudara a dormir. Otra, llamada What is Bipolar Disorder («Qué es el trastorno bipolar»), sugería que esta enfermedad mental podía ser contagiosa. Al parecer, ninguna de las dos sigue disponible.

Martin explica que, al menos en Europa, las aplicaciones tienden a encuadrarse en dos variantes: las que se crean con fines comerciales y sin apenas pruebas ni evaluaciones que demuestren su utilidad, y las que surgen respaldadas por organizaciones académicas o gubernativas y en las que se ha aplicado un enfoque más riguroso. El problema estriba, sin embargo, en que las primeras resultan por lo general más atractivas para los usuarios, mientras que las segundas tardan tanto en llegar al mercado que, en ese caso (si llegan a conseguirlo), ya parecen obsoletas.

Consecuencias no deseadas

Incluso las aplicaciones mejor intencionadas pueden producir resultados impredecibles. Promillekoll, un programa creado por una empresa de licores del Gobierno de Suecia, se diseñó con el objetivo de frenar el abuso del alcohol entre la población. Estén en un bar o en una fiesta, los usuarios introducen en la aplicación cada copa que consumen, de manera que se les informa de la concentración de alcohol en sangre.

En 2014, investigadores dirigidos por Mikael Gajecki, del Instituto Karolinska, evaluaron la utilidad de la aplicación en universitarios de ambos sexos distribuidos de manera aleatoria. Observaron que los varones que usaban la aplicación bebían con mayor frecuencia que antes del experimento, si bien no aumentaba su consumo alcohólico total. «Solo podemos conjeturar que los probandos masculinos confiaban en que la aplicación limitaría los efectos negativos de la bebida, por lo que creían que podían beber más a menudo», escriben los autores. También cabe la posibilidad de que el programa propiciara que los estudiantes vieran el consumo de alcohol como un juego, señala el equipo.

«Pienso que estas aplicaciones son una especie de juguete», comenta Anne Berman, una de las autoras del estudio. Existen otros peligros. En los primeros ensayos de ClinTouch se observó que empeoraba los síntomas de algunos pacientes con trastornos psicóticos, explica John Ainsworth, de la Universidad de Manchester y quien contribuyó a desarrollar el programa. «Debemos gestionar con mucho cuidado las fases iniciales de quienes recurren a esta tecnología y cerciorarnos de que están debidamente supervisados», agrega.

A principios de 2016 se publicó un ensayo piloto sobre la aplicación PTSD Coach con 20 excombatientes con trastorno por estrés postraumático. Diez de ellos, aleatoriamente elegidos, podían usarla a voluntad durante ocho semanas, mientras que otros tantos debían utilizar-

la con asesoramiento y orientación de personal de atención primaria. Al término del experimento, siete de los diez probandos que contaron con apoyo profesional mostraron una reducción de síntomas frente a los tres de diez que habían usado el programa por su cuenta.

Pero si las aplicaciones requieren supervisión médica, la idea de que sean un método fácil y económico de atención a poblaciones numerosas pierde sustento. Helen Christensen, directora del Instituto Black Dog de la Universidad de Nueva Gales del Sur, señala: «Se piensa que existe una aplicación para todo. Pero, en realidad, se trata de cómo construir sistemas en torno a las aplicaciones para que las personas dispongan de servicios sanitarios».

La distribución de aplicaciones de salud mental en los países en desarrollo plantea más problemas. Aunque Internet y la telefonía móvil experimentan una rápida expansión, son muchas las personas que no tienen acceso a estos servicios o que no se los pueden permitir. Además, los contenidos de los programas han de formularse en la lengua local y reflejar su cultura. «No es muy realista pensar que puede tomarse una intervención y lanzarla sin más en una región cuyos habitantes ni siquiera usan la misma terminología de salud mental que nosotros», explica Ben-Zeev. «Lo que en Estados Unidos describiríamos como "oigo voces" podría ser algo así como "me comunico con los antepasados" en una región diferente, y dependerá de cómo exprese la cultura local ese fenómeno.»

En este punto, la idea de que las aplicaciones puedan proporcionar atención sanitaria de calidad en regiones económicamente deprimidas no pasa de una consideración teórica. «En general, esa es la situación en el campo de la salud mental: una promesa de posible eficacia», describe Natalie Leon, del Consejo de Investigación Médica en Ciudad del Cabo.

Buena práctica

La mayoría de las aplicaciones deben demostrar que cumplen sus promesas. Con todo, entre 2013 y 2015 se ha más que duplicado el número de estudios sobre las aplicaciones para móviles dedicadas a temas de la salud registrados en el banco de datos ClinicalTrials.gov, del estadounidense Instituto Nacional de la Salud. En concreto, pasaron de 135 a 300. El número de investigaciones enfocadas específicamente a la salud mental y al comportamiento aumentó en un 32 por ciento, según un informe del estadounidense Instituto de Informática de Salud, con sede en Parsipanny.

Una empresa del sector digital de la salud que ha recibido elogios por parte de expertos es Big Health, cofundada por Colin Espie, de la Universidad de Oxford, y por el emprendedor Peter Hames. Sleepio, el primer producto de esta compañía, consiste en un tratamiento para el insomnio accesible por Internet o como aplicación para móviles. El programa enseña una variedad de estrategias, con base empírica, para afrontar el insomnio. Entre ellas, técnicas para gestionar pensamientos intrusivos o angustiosos, métodos que facilitan la relajación y consejos para crear ambientes y establecer rutinas para dormir.

Antes de someter Sleepio a prueba, Espie insistió en crear una versión placebo de la aplicación, en apariencia igual, pero que proponía una serie de ejercicios de visualización sin valor clínico conocido. En un estudio aleatorizado, publicado en 2012, los investigadores descubrieron que los sujetos que habían utilizado la aplicación dormían mejor en comparación con el grupo de control; también se encontraban más descansados al día siguiente. En 2014, un artículo de seguimiento informaba que Sleepio reducía los pensamientos intrusivos que a menudo dificultan el sueño.

En la actualidad, el equipo de Sleepio está reclutando participantes para un ensayo internacional de gran escala. Investigadores independientes también evaluarán la aplicación. «Consideramos que así es como hay que avanzar en la salud digital», apunta Espie. En su opinión, los tratamientos basados en telefonía móvil deberían testarse y valorarse de la misma forma que cualquier otra intervención. «No deberíamos ser menos respetuosos con la salud de las personas porque el tratamiento sea a través de una aplicación móvil», concluye. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 86

Artículo original publicado en Nature, *vol. 532, págs. 20-23, 2016*
Traducido con el permiso de Macmillan Publishers Ltd.
© 2019
Con la colaboración de nature

PARA SABER MÁS

Preliminary evaluation of PTSD coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms. E. Kuhn et al. en *Military Medicine*, vol. 179, págs. 12-18, 2014.

Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. D. Ben-Zeev et al. en *Schizophrenia Bulletin*, vol., 40 n.º 6, págs. 1244-1253, 2014.

Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: A randomized controlled study. M. Gajecki et al. en *Addiction Science & Clinical Practice*, vol. 9, pág. 11, 2014.

App-based psychological interventions: Friend or foe? S. Leigh y S. Flatt en *Evidence-Based Mental Health,* vol. 18, págs. 97-99, 2015.

Using smartphones to monitor bipolar disorder symptoms: A pilot study. Till Beiwinkel et al. en *Journal of Medical Internet Research Mental Health*, vol. 3, n.º 1, e2, 2016.

A randomized controlled trial of a smartphone app for post-traumatic stress disorder symptoms. E. Kuhn et al en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 85, n.º 2, marzo de 2017.

EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA

La terapia en línea permite la atención inmediata y en la propia casa del paciente.

TERAPIA EN LÍNEA El tratamiento a través de Internet muestra sus ventajas en el terreno de la salud mental

La psicoterapia a distancia, más consolidada

ROBERT EPSTEIN

GETTY IMAGES / SELIMAKSAN / ISTOCK

En síntesis: E-terapia

1 La psicoterapia por correo electrónico, vídeo, chat o telefonía móvil puede ofrecer un tratamiento eficaz para los trastornos emocionales, cognitivos o de conducta.

2 Incluso mensajes terapéuticos breves enviados por teléfono móvil pueden ayudar en el tratamiento de trastornos alimentarios, alcoholismo, tabaquismo y ansiedad, entre otros.

3 El número de recursos electrónicos para la atención de la salud mental crece con rapidez.

Gabriela* es asesora de inversiones. Tiene 42 años. Lleva más de uno recibiendo tratamiento psicológico a través del chat de su ordenador. Su última ruptura sentimental la hundió en una fuerte depresión; necesitaba contar con un interlocutor atento, coherente y objetivo. Años atrás, a causa de la pérdida de un hijo, experimentó con la psicoterapia presencial clásica, a su entender, sobrevalorada. En cambio, el tratamiento a partir de conversaciones electrónicas le permite repasar y revivir la secuencia de comunicaciones y los momentos terapéuticos. En negro sobre blanco puede apreciar su mejoría.

Linda*, de 57 años y divorciada, utiliza desde hace más de dos años el tratamiento psicológico vía chat. Cada semana realiza una sesión electrónica, cuyo precio le supone menos de la mitad que el coste de la asistencia presencial. «Además, no perdemos el tiempo en cháchara banal; vamos directamente al grano», comenta. Su terapeuta la ha ayudado a salir de una debilitante depresión que se inició cuando Linda intentaba consolar a una amiga apenada. Nunca ha visto a su terapeuta. De hecho, ni siquiera conoce su voz.

Ante la pregunta del factor distancia característico en las conversaciones terapéuticas de esta índole, ambas pacientes sostienen puntos de vista similares, a la par que un tanto curiosos. «¿Qué distancia? El terapeuta me consulta en mi propia casa. Nuestra interacción es inmediata. He compartido con él cosas que jamás habría compartido con nadie», responde Gabriela. También explica que en las sesiones presenciales, cara a cara, censuraba sus palabras para evitar reacciones faciales negativas del terapeuta. La terapia por chat le ha permitido ser «completamente sincera».

Linda y Gabriela comparten terapeuta: Charles Benedict. Este reside en Maryland. Linda se encuentra en California, a más de 4000 kilómetros de Benedict; Gabriela vive en Múnich, a unos 6500 kilómetros. ¿Resulta eficaz una terapia a tantos miles de kilómetros de distancia? Aunque ¿qué es en realidad la distancia? ¿Puede ser la lejanía geográfica grande y, en cambio, la separación psicológica pequeña? Mi condición de investigador en psicología interesado desde hace tiempo en cuestiones tecnológicas me llevó a examinar el estado en el que se halla la psicoterapia a distancia.

Hace tiempo que investigadores, pacientes y profesionales de la salud mental aplauden ciertos aspectos de la terapia a distancia: menor coste de las sesiones y mayor facilidad para concertarlas; respeto a la intimidad del paciente; protección —tanto del paciente como del terapeuta— ante posibles abusos físicos o sexuales; y accesibilidad desde cualquier punto del planeta a la pericia profesional ante enfermedades poco comunes. Investigaciones recientes han demostrado también que la teleterapia resulta eficaz en la práctica. De hecho, gran parte del escepticismo que desde antiguo rodeaba a las novedosas modalidades de tratamiento va disipándose.

Avalancha de pruebas

Diversos estudios han comprobado la potencia de la psicoterapia ejercida mediante medios remotos, como chats, correos electrónicos, vídeos o comunicación telefónica (ya sea oral o a través de mensajes breves en el móvil). Azy Barak, psicólogo asesor de la Universidad de Haifa, ha recopilado una lista de investigaciones y comentarios sobre la *e-terapia*: un total de 983 artículos que se remontan al año 1993, aunque la mayoría de ellos corresponden a los últimos años. En 2008, Barak y sus colaboradores analizaron los resultados de 92 estudios que, en su conjunto, evaluaban a casi 10.000 personas que habían recibido terapia a través de algún medio electrónico. Determinaron que esta forma de tratamiento resultaba igual de eficaz que la variedad presencial.

En 2009, la psicóloga Lisa K. Richardson y sus colaboradores de la Universidad de Murdoch, en Australia, revisaron 148 artículos publicados desde 2003. En su caso, señalaron que la metodología de algunas de las investigaciones resultaba deficiente (sobre todo, por carecer de ensayos controlados y aleatorizados). Aun así, el equipo concluyó que el alto grado de satisfacción y aceptación

EL AUTOR

Robert Epstein, doctor en psicología por la Universidad Harvard, es investigador, profesor, escritor y periodista científico.

* Nombres alterados por la redacción.

de la atención remota a la salud mental había quedado demostrado de forma consistente entre los pacientes, una variedad de poblaciones clínicas y una amplia gama de servicios. En otro artículo de revisión, también datado en 2009, psicólogos de las universidades de Indiana Meridional y de Mánchester llegaron a la conclusión de que los psicoterapeutas a distancia y sus clientes pueden establecer alianzas terapéuticas formales y significativas. Advirtieron, además, de que numerosos profesionales dedicados al tratamiento tradicional (cara a cara) subestiman la calidez y la profundidad de los vínculos que se establecen en la terapia a distancia.

Un año después, en 2010, Kristin Heron y Joshua Smyth, psicólogos ambos en la Universidad de Syracuse, apreciaron que las intervenciones de terapia «momentáneas» mediante teléfono móvil ayudan a tratar y gestionar los trastornos alimentarios, el abuso del alcohol, el tabaquismo y la ansiedad, además de otros problemas. Los mensajes breves resultan fáciles y baratos de enviar, por lo que constituyen unos refuerzos ideales para el tratamiento tradicional. (Imagínese que, de forma periódica, recibiera tuits enviados por su terapeuta a las pocas horas, e incluso minutos, de perder los nervios o de sentirse en la necesidad de recurrir a un cigarrillo.)

Ante este panorama favorable, diversas asociaciones profesionales, entre ellas la Asociación Americana de Orientación Psicológica y la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales estadounidense, conceden el visto bueno a este tipo de tratamiento. Incluso disponen de directrices oficiales en torno a la psicoterapia a distancia para sus asociados. Por su parte, la Asociación Americana de Psicología ha otorgado al tratamiento en línea su aprobación tácita: no hace distingos con respecto a la terapia electrónica en la introducción de su código de ética profesional; al contrario, la incluye entre las diversas modalidades de tratamiento psicológico. En palabras de Gerald P. Koocher, psicólogo clínico del Colegio Simmons, «lo que importa es la competencia en el ejercicio profesional, no la forma en que se proporcione la terapia».

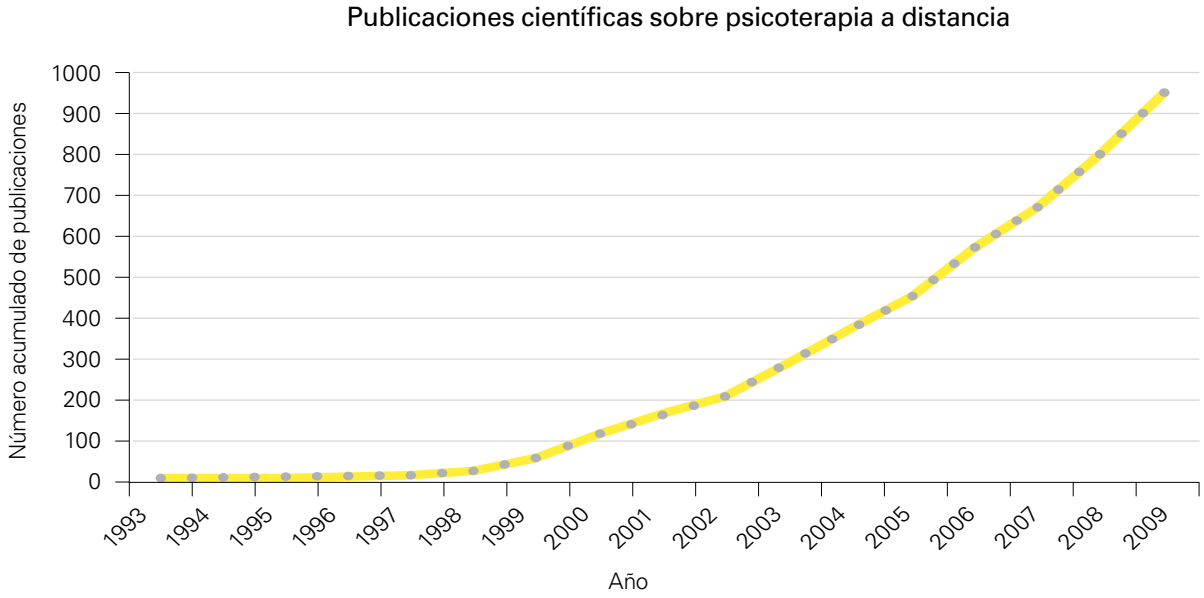
Nadie sabe que eres un perro

Aun así, la psicoterapia a distancia presenta algunos problemas peculiares. Según sostiene la Asociación Americana de Psiquiatría al reiterar su posición a favor de dicha modalidad de tratamiento en 2005 y 2009, y a pesar de carecer todavía de datos empíricos, la terapia a distancia presenta mayores probabilidades de eficacia si los contactos iniciales se realizan de forma presencial. El

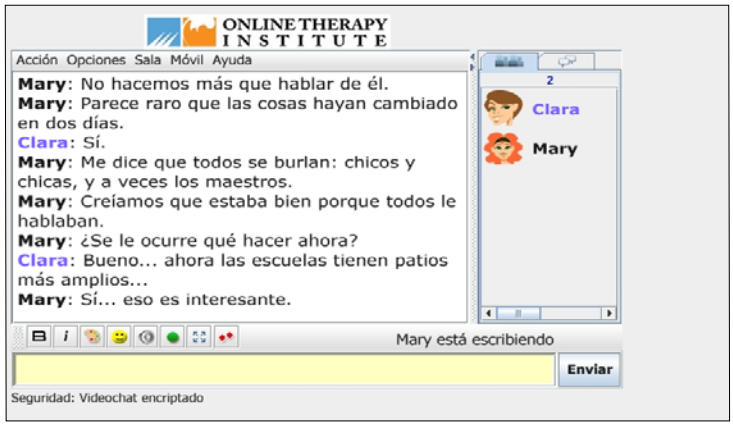
Contar con teleterapia

Desde 1998 se han publicado cerca de mil artículos sobre psicoterapia a distancia en revistas científicas, de los cuales casi dos tercios aparecieron en los últimos cinco años. Antes de 1998 solo se escribieron cinco o seis artículos sobre el tema.

«Internet-assisted therapy & counseling». Compilación de Azy Barak (azy.edu.haifa.ac.il/references/internet-assisted-therapy-counseling)



CORTESÍA DE LINDEN RESEARCH, INC. (*captura de Second Life*); DE: *THERAPY ONLINE: A PRACTICAL GUIDE*. K. ANTHONY Y DA. MERZ NAGEL, SAGE PUBLICATIONS, 2010 (*chat*)



Virtual a la vez que real. En su consulta en el mundo virtual de Second Life (*izquierda*), las terapeutas DeeAnna Merz Nagel y Kate Anthony instruyen a otros profesionales para ejercer la psicoterapia en línea. En el simulacro (*derecha*), «Clara» asesora a «Mary».

testimonio de una de las pacientes con las que he hablado me confirma tal afirmación. Annie, de 45 años y residente en Boston, quería seguir el tratamiento de su trastorno alimentario con su terapeuta habitual, pese a que este iba a mudarse a Florida. Al final, la terapia pudo continuar su curso sin tropiezo alguno gracias al teléfono. Sin embargo, Annie duda de que hubiese accedido a una psicoterapia de haber sido en tales condiciones desde un inicio. En la entrevista personal con el terapeuta se establece a menudo un vínculo especial, incluso si el paciente no cuenta gran cosa.

El quid del problema, sugiere Koocher, estriba en saber qué es lo más adecuado para cada persona. Así, algunos pacientes se tomarían más en serio al terapeuta si observasen en él signos de autoridad (chaqueta y corbata, pongamos por caso), o si la consulta sucede en un gabinete de aspecto clásico (con diplomas enmarcados en la pared, por ejemplo). «Para el paciente que necesita hallarse en un despacho de consulta, a solas con un terapeuta, es probable que el tratamiento a distancia no le resulte el adecuado, por muy buena que sea su conexión a Skype», añade Koocher.

Los mensajes breves por móvil ayudan en los trastornos alimentarios, entre otros

Otro motivo de preocupación en este tipo de psicoterapia es la posibilidad de fraude. Koocher evoca una viñeta cómica en la que un perro habla con otro mientras escribe en un teclado. «En Internet nadie sabe que eres un perro», le dice al otro. Organizaciones como la Sociedad Internacional en Línea para la Salud Mental o el Instituto de Psicoterapia Online facilitan al público formas de verificar si los terapeutas que se anuncian en línea están autorizados y cualificados para ejercer. Sin embargo, el ciberespacio es vasto y, en gran medida, carece de regulación, por lo que presenta una amplia cabida para los charlatanes. En una encuesta llevada a cabo en 136

sedes que ofrecen consejo psicológico por la Red se observó escaso cumplimiento de las normas establecidas en fecha por la Junta Nacional de Asesores Certificados (NBCC, por sus siglas en inglés), organización estadounidense para la certificación de profesionales en servicios sociales.

Otro problema es que la normativa sobre licencias profesionales resulta un barrizal: la licencia autoriza a los psicoterapeutas a ejercer tan solo en el estado en el que se encuentran registrados. ¿Supone, entonces, el envío de mensajes textuales o telefónicos desde una consulta sita en un estado ejercer en ese territorio concreto? De no ser así, la presentación de querellas por mala praxis contra aquellos terapeutas que ofrezcan tratamiento a pacientes transfronterizos podría congelar todos los intercambios con clientes fuera del área geográfica del profesional. Organizaciones como la Asociación de Estado y Juntas Provinciales de Psicología (ASPPB, por sus siglas en inglés) tratan de despejar estos asuntos. Otra cuestión más a tener en cuenta: el psicoterapeuta a gran distancia de sus pacientes se halla en condiciones desfavorables para atender los casos urgentes.

Solo es el comienzo

Aunque, de forma progresiva, iba sintiendo más confianza en la licitud y viabilidad de las diversas formas de psicoterapia a distancia, me percaté de que las mismas fuerzas que permiten proliferar con rapidez las nuevas modalidades terapéuticas serán las que, no a mucho tardar, las dejarán atrás. Se ha comprobado que los juegos computarizados y las bitácoras pueden ejercer aplicaciones terapéuticas en ciertos trastornos, posiblemente, porque abren vías para aliviar tensiones que se han ido acumulando. La inteligencia artificial cuenta ya con programas informáticos muy elaborados, los cuales suplementan, e incluso administran, ciertas formas de tratamiento, con lo que reducen la necesidad de recurrir al terapeuta humano. Los niños con autismo se benefician hoy de robots sonrientes especialmente diseñados para interactuar con ellos con la paciencia que ningún ser humano sería nunca capaz de reunir y conservar.

Uno de los inconvenientes en la terapia a distancia es la posibilidad de fraude

Los programas de realidad virtual pueden también prestar servicio en el tratamiento de psicopatologías, como las fobias, ciertos trastornos alimentarios o el estrés postraumático [*véase* «Terapia 2.0», por N. Westerhoff; Mente y Cerebro n.º 30, 2008]. Los individuos pueden, asimismo, derivar beneficios de carácter conductual o emotivo de las actividades de sus avatares. De hecho, dos terapeutas humanas y reales han abierto consulta en el mundo virtual de Second Life, donde sus respectivos avatares atienden a otros avatares y a las personas reales que se esconden tras ellos.

Se estima que, en el plazo de cinco a diez años, más de mil millones de personas van a ocupar gran parte de su tiempo en comunidades virtuales. En ellas, sin lugar a dudas, no faltarán clientes virtuales a los terapeutas, sean humanos o trasuntos computarizados. En el ínterin, siguen progresando otras terapias no tradicionales, sea con fármacos o por estimulación directa del cerebro. Aunque la psicoterapia tradicional, basada en entrevistas personales, continuará practicándose durante decenios, seguramente va a desempeñar un papel cada vez menor en el extraordinario mundo de la intervención terapéutica que nos espera. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 51

PARA SABER MÁS

A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. A. Barak, L. Hen, M. Boniel-Nissim y N. Shapira en *Journal of Technology in Human Services*, vol. 26, págs. 109-160, 2008.

Current directions in videoconferencing tele-mental health research. L. K. Richardson, B. C. Frueh, A. L. Grubaugh, L. Egede y J. D. Elhai en *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 16, págs. 323-338, 2009.

Therapy revolution: Find help, get better, and move on without wasting time or money. R. M. Zwolinski y C. R. Zwolinski. Health Communications, 2009.

Therapy online: A practical guide. K. Anthony y DA. Merz Nagel. Sage Publications, 2010.

The use of technology in mental health: Applications, ethics and practice. Kate Anthony, DeeAnna Merz Nagel y Stephen Goss. Charles C. Thomas, 2010.

EN LA WEB

Para comprobar si le resultaría beneficioso acudir a algún tipo de consulta psicológica (presencial o en línea), puede cumplimentar el test de Epstein en **doyouneedtherapy.com** (en inglés).

La realidad virtual en psicoterapia

La psicología ha encontrado en la realidad virtual una herramienta eficiente para tratar trastornos mentales. El equipo de investigación que dirige **JOSÉ GUTIÉRREZ MALDONADO** desarrolla aplicaciones en este terreno

El tratamiento con realidad virtual aprovecha la ilusión de presencia y la interacción para tratar a pacientes con enfermedades psíquicas diversas, entre ellas, fobias, trastornos de la conducta alimentaria, ansiedades, déficits de atención, adicciones e incluso el dolor crónico. Aunque las experiencias llevadas a cabo hasta ahora muestran la eficacia del método, su uso en clínica resulta todavía escaso. Aun así, según los expertos, falta poco para el cambio.

¿Qué aparatos suelen utilizarse en la terapia con realidad virtual?

Existen diferentes tipos de dispositivos, todos con sus ventajas y desventajas. El casco virtual es el aparato que la gente asocia habitualmente con la realidad virtual. Presenta la ventaja de que, si posee un buen ángulo visual, resulta muy inmersivo. No obstante, existe un problema: todavía resultan poco ergonómicos para las aplicaciones de tratamiento. La exposición en cada sesión no es inferior a los cincuenta o sesenta minutos, cuando, por lo general, las molestias por llevar el casco aparecen a los quince minutos. Ello hace que se pierda una propiedad esencial para el tratamiento: la sensación de presencia, es decir, de encontrarse dentro del entorno virtual.

¿Cómo puede solucionarse?

Cada vez más, se utilizan sistemas de proyección que no requieren la colocación de ningún aparato en la cabeza. Constan de una pantalla grande o con forma curva que ocupa la mayor parte de la visión periférica del individuo. Puede resultar tan inmersiva como un casco de realidad virtual.

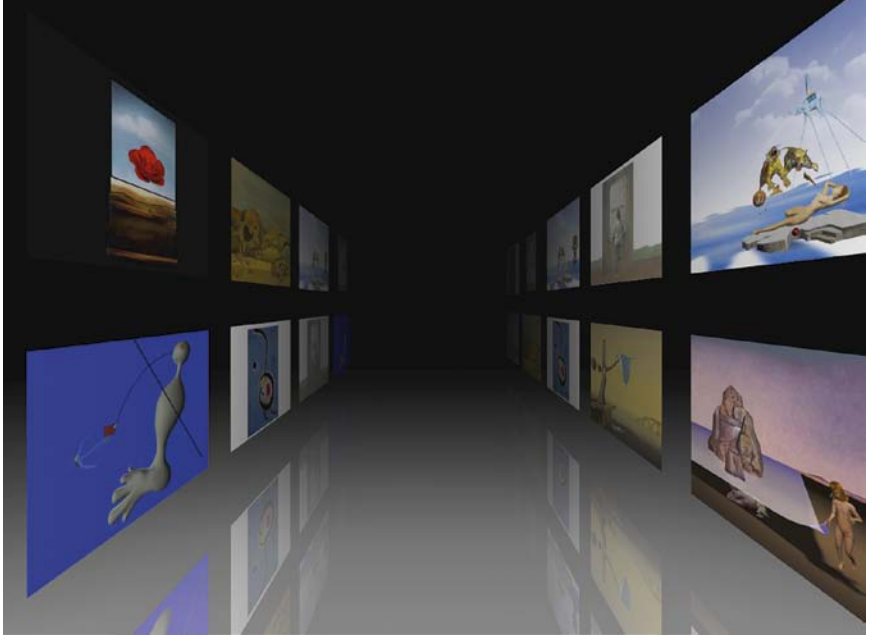
TODAS LAS IMÁGENES SON CORTESÍA DE JOSÉ GUTIÉRREZ MALDONADO

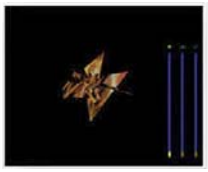
JOSÉ GUTIÉRREZ MALDONADO

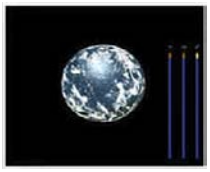
Nació en 1963 en Torelló. Es doctor en psicología, psicólogo clínico y profesor, a la par que director del departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Barcelona. Coordina el grupo de investigación sobre aplicaciones de la realidad virtual en psicología clínica y de la salud del Instituto de Investigación en Cerebro, Cognición y Conducta (IR3C).

Y las imágenes se proyectan en 3D.

Sí, para incrementar la sensación de presencia se juega con la ilusión de profundidad. Es la misma sensación que se tiene cuando se va al cine a ver una película en 3D. Con técnicas de estereoscopía puede conseguirse la ilusión







Uno de los proyectos de la terapia con realidad virtual se desarrolla en pacientes con dolor crónico a través de entornos de distracción, que por estar basados en obras de arte surrealistas, los investigadores han denominado *Surreal World*.

de que determinados objetos se encuentran detrás de la pantalla, y otros, delante. De hecho, la pantalla desaparece; el sujeto siente que forma parte del espacio virtual.

¿Se necesita una formación especial como terapeuta para aplicar el tratamiento?

La terapia con realidad virtual requiere entrenamiento. Aunque existen másteres y cursos universitarios, dicha terapia todavía no cuenta con un reconocimiento entre los terapeutas.

Así que no se aplica en la práctica clínica.

Sucede siempre que aparece una novedad de este tipo. Se tarda entre diez y quince años en introducir la nueva técnica. Los primeros artículos en torno a la terapia con realidad virtual se publicaron a mediados de los años noventa del siglo pasado. Ahora nos encontramos en la última fase del proceso. Ya se empieza a introducir en algunos centros aplicados y en hospitales.

¿Para qué tipo de psicopatologías se han ideado hasta ahora?

Se empezó a aplicar inicialmente para el tratamiento de las fobias, pero se ha ido extendiendo a otros trastornos. Se está utilizando también en trastornos alimentarios, de falta de atención e hiperactividad, en pacientes con dolor agudo o crónico y para el entrenamiento de las habilidades sociales en personas con esquizofrenia. En estos momentos llevamos a cabo un proyecto para el tratamiento de las adicciones.

¿Qué técnicas de terapia se utilizan?

Numerosos tratamientos en psicología se basan en técnicas de exposición. Cuando una persona presenta una fobia, por ejemplo, se le expone en vivo, a ser posible, ante la situación que le provoca la respuesta de ansiedad. Si no es realizable en vivo, se le expone con imaginación. A través de un procedimiento protocolizado para la exposición gradual se consigue que el paciente se habitúe a la situación y desarrolle respuestas más adaptativas. De la misma forma, si alguien es fumador, cuando se encuentra ante determinadas señales, estímulos o contextos, le aparece el deseo de fumar. A través de la realidad virtual se habitúa al paciente al estímulo, impidiéndole el consumo de la sustancia a la que es adicto. El deseo de consumir disminuye a lo largo del tiempo. Al contrario de lo que se pueda pensar, va disminuyendo la respuesta de ansiedad.

Ahora bien, ¿cómo se convence a una persona con fobia a las alturas, por ejemplo, de que se encuentra en un precipicio y no en una recreación de laboratorio?

No puede evitarlo. El individuo presentará la misma reacción que si estuviera realmente allí. Es inevitable. Aunque uno sepa que la situación no es real, la ilusión de presencia es tan fuerte por la inmersión y la interacción, que manifiesta las mismas reacciones que tendría en un entorno real. El cerebro no puede evitarlo; funciona igual que con otras ilusiones. Sabes que no te encuentras ante un precipicio, pero tu cerebro tiene las mismas reacciones que si estuvieras allí. Es importante que ocurra así, porque si no, el tratamiento no resultaría eficaz.

Así que asistiendo a la terapia con realidad virtual se puede superar una fobia sin necesidad de pisar la realidad.

No. Por lo general no se sustituye la totalidad de las sesiones por exposiciones con realidad virtual, sino la mayor parte de ellas. A lo largo de un tratamiento se pueden combinar sesiones de exposición virtual con otras en vivo. Si el tratamiento con realidad virtual es eficiente, en lugar de dieciséis exposiciones en vivo se requerirán tan solo una o dos.

El terapeuta, ¿queda en un segundo plano?

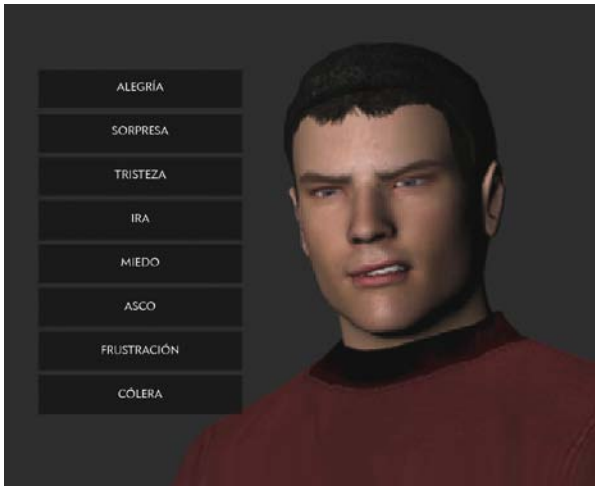
El terapeuta en la exposición, ya sea en vivo, con imaginación o virtual, siempre mantiene un papel activo. Pero el esfuerzo en el tratamiento con realidad virtual es menor. El sistema capta la atención del paciente sin que él quiera. No puede evitar el entorno porque se encuentra dentro. Así que la entrada de estímulos no requiere tanto esfuerzo por parte del terapeuta.

¿Alguna otra ventaja?

Aparte de mayor eficiencia del tratamiento porque el coste total es menor, resulta más eficaz, ya que el control de los parámetros de la exposición es mayor. En una exposición en vivo pueden darse mil variables que el terapeuta no puede controlar. En un caso de agorafobia, por ejemplo, en el que se expone al paciente a la afluencia de gente en una estación de metro, el terapeuta no puede controlar la cantidad de personas que transitan en ese momento en el suburbano, variable necesaria para respetar la jerarquía de la exposición. En la terapia virtual controlas el nivel de gravedad de la situación, de la jerarquía.

El uso de avatares, ¿también es habitual en las terapias de realidad virtual?

Para el entrenamiento de habilidades sociales en personas con esquizofrenia se utilizan personajes virtuales; se simula una interacción. En las técnicas tradicionales de entrenamiento de habilidades sociales, normalmente en grupo, se practica el comportamiento correcto. En el caso de la terapia con realidad virtual se sustituye la situación por un personaje con el que el paciente interactúa. Además, estos programas permiten que los sujetos practiquen en casa como si de un videojuego se tratara. La terapia se acompaña con otro tipo de tratamientos, como la reestructuración cognitiva.



Para el entrenamiento de habilidades sociales en personas con esquizofrenia se utilizan personajes virtuales que simulan situaciones de interacción.

Una vez en casa, si el usuario no dispone de una pantalla adecuada, ¿dónde queda la eficacia de la sensación de presencia?

El paciente suele tener en casa un ordenador con una pantalla de mesa. Con esto ya puede practicar. El grado de inmersión no es tan alto, pero siempre va a ser mejor que no hacer nada. Por otro lado, no se pierde un aspecto del programa igual o incluso más importante que la inmersión: la interacción. El cine en 3D puede ser muy inmersivo, pero el espectador mantiene una actitud completamente pasiva. Un videojuego no es inmersivo, pero en cambio es muy interactivo. El sistema responde al comportamiento del usuario, factor que incluso contribuye más a la sensación de presencia que la inmersión. Los ejercicios de práctica interactiva para casa pueden complementar el tratamiento que se realiza en consulta. De hecho, se trabaja así.

La capacidad de aprendizaje, de memoria, tiene mucha importancia en este tipo de terapia. ¿Podría utilizarse también en pacientes con demencia?

Se podría probar. Ya existen programas para la rehabilitación de las capacidades cognitivas. Para niños con déficit de atención e hiperactividad existen videojuegos que captan más su atención y les motiva más. Ello contribuye a su tratamiento. También se utiliza en rehabilitación motora. Los pacientes trabajan durante más tiempo y los resultados son mejores que con tratamientos tradicionales.

Aparte de la visión y la audición, ¿se aprovechan otros sentidos?

Hay sistemas más complejos que incluyen otras modalidades, como los guantes que dan sensación de tacto. Los olores se utilizan menos. Está claro que el sistema más inmersivo sería el que incluyera el mayor número de sensaciones: visual, auditiva, olfativa, táctil y el gusto.

El guante, ¿para qué tipo de trastornos se utiliza?

Nosotros lo hemos estudiado para el trastorno obsesivo-compulsivo. Uno de los subtipos más frecuentes es el relacionado con ideas obsesivas de contaminación y comportamientos compulsivos de limpieza. Los pacientes incluso presentan problemas para salir de casa, ya que son incapaces de tocar objetos que hayan tocado otras personas; también presentan rituales muy intensos de limpieza. En el tratamiento gradual de exposición se obliga a los pacientes a tocar objetos y se les prohíbe la respuesta de lavarse después. El guante maneja una mano

Los ejercicios a través de videojuegos atraen más la atención de los niños con déficit de atención o hiperactividad, por lo que practican durante más tiempo. Ello contribuye a su tratamiento.

virtual de forma que el sujeto tiene la sensación de que cuando mueve su mano enfundada en el guante mueve la mano virtual, con lo que se identifica con ella. Además, experimenta la sensación de que se halla inmerso en el entorno.

Vayamos al tratamiento virtual de trastornos alimentarios, ¿cómo funciona?

Existen individuos que ante los alimentos experimentan ansiedad. Por ejemplo, personas con anorexia; cuando se ven obligadas a comer sienten una ansiedad muy fuerte. A lo largo de la terapia se expone a estos pacientes ante alimentos virtuales de manera gradual: primero alimentos de pocas calorías, como ensalada o fruta, luego se les presenta comidas con más calorías, entre ellos, pizzas, refrescos azucarados o pastelitos. Si se realiza la terapia en vivo se necesita disponer de los alimentos en la consulta, parafernalia que así puedes evitar.

No obstante, en la consulta puede obligarse al paciente a comerse los alimentos, mientras que en la realidad virtual es imposible.

Se simula la situación como si el sujeto estuviera comiendo de verdad: toma el alimento con el tenedor o la cuchara y oye incluso el ruido al masticar la comida. Por otra parte, estas personas, insatisfechas con su esquema corporal, presentan una distorsión de su cuerpo. Por ello se aplica un sistema que corrige ese subjetivo esquema corporal. Se sitúa al paciente en entornos en el que aparecen diferentes figuras, de las que deben elegir aquella con la que se identifican. A continuación se les indica que pasen el personaje virtual que han elegido por espacios que se corresponden con el tamaño real de su cuerpo. Como, por lo general, seleccionan un cuerpo mayor al suyo, la realidad virtual permite que sustituyan la imagen mental que poseen de su propio cuerpo por otra que sí se corresponde con su tamaño corporal real.

¿Este tipo de terapia es apto para cualquier paciente?

Hasta el momento, no hay contraindicaciones. Se está investigando si existen diferencias de género o de edad, pero lo cierto es que no se están encontrando diferencias. Parece que los niveles de eficacia son similares en todos los pacientes.

¿Algún día podremos ir a la farmacia, por ejemplo, y comprar el programa adecuado para tratarnos en casa?

El terapeuta siempre es importante para seguir una jerarquía de tratamiento de acuerdo al paciente, a su exploración y examen. Ello no quiere decir que en un futuro existan programas que incluyan un componente para realizar lo que hace el terapeuta; sin embargo, por el momento no existen. Se hacen cosas parecidas en Internet, programas autoaplicables. Siempre que esto pueda complementarse con un terapeuta real, será más eficaz. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 49

PARA SABER MÁS

Assessment of emotional reactivity produced by exposure to virtual environments in patients with eating disorders. J. Gutiérrez-Maldonado et al. en *CyberPsychology & Behavior*, vol. 9, n.º 5, págs. 507-513, 2006.

Aplicaciones clínicas de la realidad virtual en el ámbito escolar. J. Gutiérrez-Maldonado et al. en *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, vol. 82, págs. 32-51, 2007.

Evaluación y tratamiento psicológico mediante realidad virtual y otras nuevas tecnologías. J. Gutiérrez-Maldonado en *Anuario de Psicología*, vol. 40, n.º 2, págs.149-154, 2009.

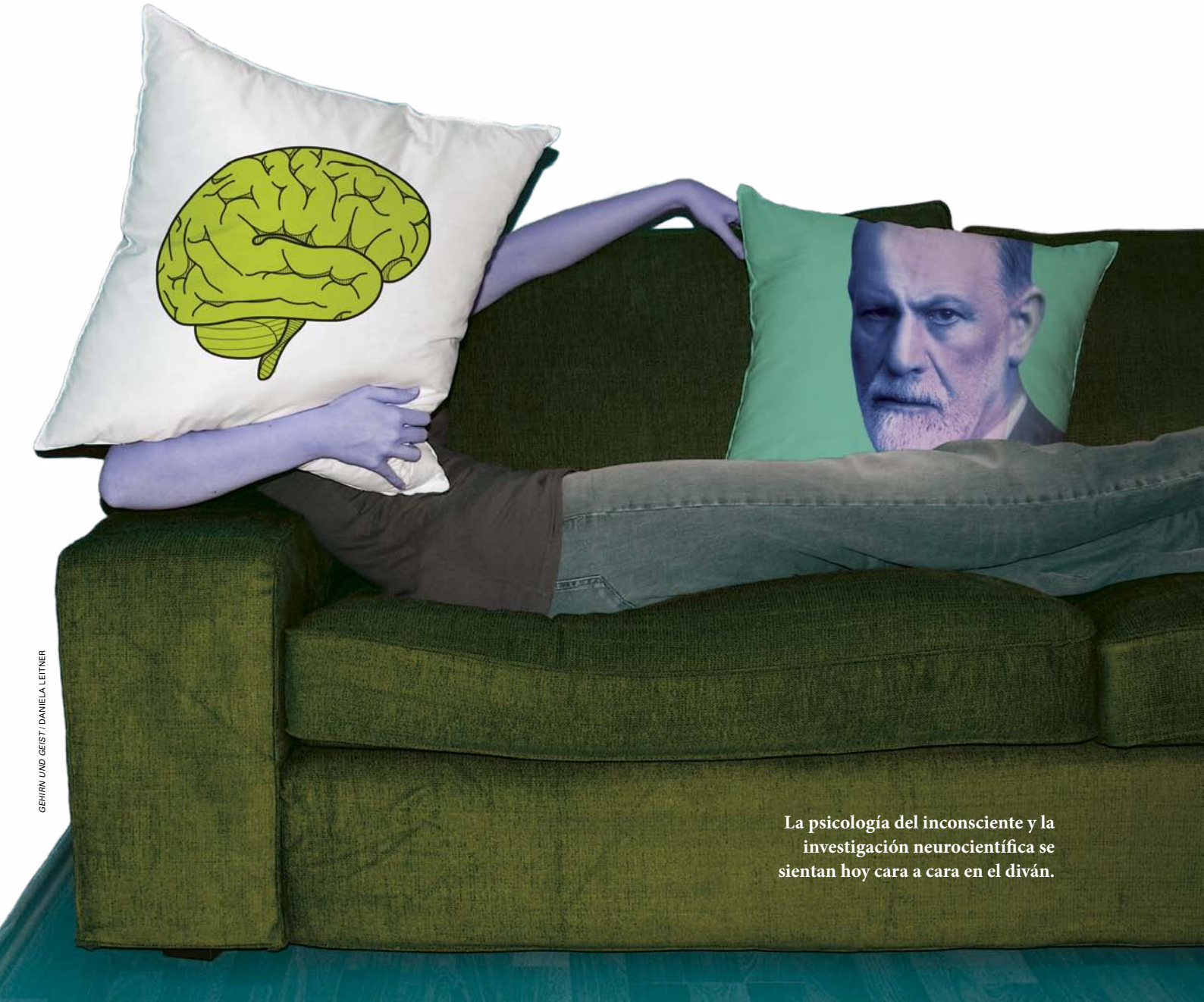
EN NUESTRO ARCHIVO

Terapia 2.0. N. Westerhoff en *MyC* n.º 30, 2008.

NEUROCIENCIA Y PSICOANÁLISIS Las técnicas de neuroimagen actuales confirman la eficacia de la terapia psicoanalítica. ¿Se cumple al fin una vieja visión de Sigmund Freud?

Efectos del psicoanálisis en el cerebro

ANNA BUCHHEIM, MANFRED CIERPKA, HORST KÄCHELE Y GERHARD ROTH



GEHIRN UND GEIST / DANIELA LEITNER

La psicología del inconsciente y la investigación neurocientífica se sientan hoy cara a cara en el diván.

«Me encuentro bastante solo ante la dilucidación de las neurosis. Incluso me consideran casi un monomaníaco, mas tengo la nítida sensación de haber topado con uno de los grandes misterios de la naturaleza.» En mayo de 1894, Sigmund Freud (1856-1939) escribía estas palabras a un buen amigo, el médico berlinés Wilhelm Fliess. Acorde con ellas, el psicoanálisis se desarrolló como una teoría de la vida interior del ser humano, también como un tratamiento, en gran medida independientes de la investigación académica. En su *Proyecto de psicología*, de 1895, Freud llevó a cabo un último intento para colocar su modelo de la psique humana bajo el paraguas de los fenómenos biológicos. Sin embargo, poco después de su manuscrito, se despidió definitivamente de la idea de justificar su teoría de las enfermedades mentales desde un prisma científico.

Una valoración realista se escondía tras la decisión del padre del psicoanálisis: el estado de la ciencia y los métodos de investigación de aquel entonces no permitirían explicar las transformaciones psíquicas y fisiológicas del cerebro. No fue hasta finales del siglo xx que los neuropsicólogos empezaron a desentrañar las funciones cognitivas superiores y los mecanismos del procesamiento inconsciente de la información. A través de las técnicas de neuroimagen se observaba el cerebro en funcionamiento. Surgía una nueva línea de investigación: el neuropsicoanálisis. ¿Se cumplía, con cien años de retraso, la visión anhelada de Freud?

Aún queda camino por recorrer, pero existen enfoques prometedores. En 2007 iniciamos el Estudio Neuropsicoanalítico Hanseático junto con Thomas Münte, de la Clínica Universitaria de Lübeck, y otros colaboradores. Queríamos comprobar, mediante tomografía funcional de espín nuclear, la eficacia de la terapia psicoanalítica a largo plazo en pacientes con depresión crónica.

Según una revisión de Joshua Roffman, de la Escuela Médica de Harvard en Boston, hasta 2005 solo existían 15 estudios sobre los efectos de la psicoterapia llevados a cabo mediante métodos de neuroimagen. Dichos trabajos se centraban en la terapia conductual, la cognitivo-conductual y la interpersonal. Las 40 investigaciones sobre la eficacia terapéutica que se han desarrollado hasta hoy mediante neuroimagen inciden en el tratamiento de trastornos obsesivo-compulsivos, de personalidad (en especial, el trastorno límite de la personalidad), de ansiedad y pánico, además de fobias, depresiones, esquizofrenia y síndromes psico-orgánicos. Por otra parte, la mayoría de estos estudios se limitaban a analizar dos puntos temporales concretos: el comienzo y el final de la terapia; sin ir más allá.

Ante ese panorama, nos trazamos una meta: evaluar el transcurso de la terapia durante un período temporal más extenso, de alrededor de 12 semanas. Para ello contamos con la participación de 20 pacientes depresivos, 11 de los cuales sufrían episodios repetidos de depresión mayor. Todos los probandos acudían a sesiones de psicoanálisis de dos a cuatro horas por semana. Sus psicoanalistas eran profesionales experimentados. Tras un año y tres meses de tratamiento, los participantes habían acudido de media a 129 sesiones (el tratamiento completo dura entre dos y cuatro años, según el caso). Además de la veintena de sujetos con depresión, reclutamos a otros tantos individuos sanos (de edades, sexo y formación equivalentes) como sujetos de control. Mediante tomografía por resonancia magnética funcional (RMf) y electroencefalografía (EEG) registramos la actividad neuronal de sus respectivos cerebros al comienzo de la terapia, al cabo de unos siete u ocho meses de la misma, y tras unos 15 meses de tratamiento.

Emociones en el laboratorio

A pesar de que los trastornos mentales transcurren de forman individual y llegan a superarse según las circunstancias vitales de cada persona, los tests de terapia habituales suelen emplear estímulos estandarizados (palabras con contenido emocional o expresiones faciales, entre otros). Si bien estos estímulos consiguen despertar determinadas emociones en los sujetos sanos, los consideramos menos apropiados para provocar en los pacientes con depresión ciertas emociones estrechamente relacionadas con su en-

LOS AUTORES

Anna Buchheim es catedrática de psicología clínica en la Universidad de Innsbruck y profesora en la Universidad Internacional Psicoanalítica de Berlín. *Horst Kächele* es catedrático en la misma universidad berlinesa. *Manfred Cierpka* (1950-2017) era director médico del Instituto de Investigación Cooperativa Psicosomática y Terapia de Familia en la Universidad de Heidelberg. *Gerhard Roth* es catedrático de investigación cerebral en la Universidad de Bremen. (Agradecen la colaboración de Svenja Taubner, Henrik Kessler y Daniel Wiswede en el Estudio Neuropsicoanalítico Hanseático.)

En síntesis: Rastreadores neuronales

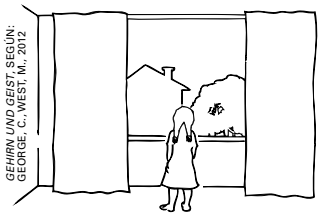
1 Los investigadores indagan en el cerebro los efectos terapéuticos del psicoanálisis.

2 Los centros cerebrales de la emoción, que aparecen hipersensibles en los trastornos depresivos, se tornan menos excitables después de varios meses de terapia psicoanalítica.

3 En el futuro, los procedimientos de neuroimagen darán nuevos impulsos a la psicoterapia.

EN BREVE

El sistema de dibujos proyectivo del apego del adulto (AAP, por sus siglas en inglés) evalúa los patrones de apego de los adultos. Consta de ocho imágenes que exhiben diversas escenas de apego: entre ellas, una menor frente a una ventana (*abajo*) o acurrucada en un rincón. El paciente debe narrar una historia relacionada con cada ilustración a partir de los siguientes datos: ¿Cómo llegó a esta situación el personaje? ¿Qué piensa o siente? ¿Cómo podría continuar la historia? Los relatos se valoran según ciertos criterios preestablecidos, con el fin de clasificar las experiencias subyacentes como patrones de apego seguro o inseguro.



GEHIRN UND GEIST, SEGÚN: GEORGE, C., WEST, M., 2012

Más información en:
attachmentprojective.com

The adult attachment projective picture system.
C. George y M. West. Guilford Press, Nueva York, 2012

fermedad. Por este motivo nos intrigaba saber de qué manera podíamos activar los procesos inconscientes con el fin de registrarlos mediante técnicas neurocientíficas.

En un análisis inicial evaluamos los conflictos mentales y las experiencias de apego de cada uno de los probandos. Junto con un diagnóstico personal exhaustivo, determinamos para cada sujeto un material de estimulación individualizado que utilizaríamos en las mediciones con RMf. Nos basamos en dos técnicas de evaluación: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD, por sus siglas en inglés) y el sistema de dibujos proyectivo del apego del adulto (AAP). Los estímulos del primer método, con el que se analizan los rasgos para determinar ciertos patrones relacionales, debían servirnos para generar un patrón neuronal típico de la depresión, a saber, la hiperactividad en las regiones límbicas y subcorticales. A semejanza de los pacientes con depresión, los probandos sanos presentaban modelos relacionales adversos que experimentaban como problemáticos y dolorosos, pero no un cuadro depresivo.

En la entrevista del OPD seleccionamos, de forma individual, cuatro frases que describían el patrón central del sujeto: «Desea que los demás le acepten»; «Por ese motivo se esmera por los demás»; «A menudo esa dedicación resulta exagerada para los demás, por lo que se apartan de usted»; «Entonces, se siente vacío y solo». Cada sujeto leía estos enunciados en una pantalla mientras yacía en el escáner.

Con el fin de cotejar los resultados, mostramos cuatro frases más a los probandos, esta vez neutras. Describían una situación crítica de tráfico: «Un conductor comete un error»; «Usted se irrita por ello»; «Increpa al otro conductor»; «Pero él se comporta de manera inadecuada». De esta forma evocábamos en los sujetos emociones y recuerdos autobiográficos no relacionados con la depresión.

Pero ¿qué ocurría en el cerebro de los pacientes? Según registramos, en varias áreas cerebrales aparecía una hiperactividad neuronal: en los ganglios basales, la amígdala, el lóbulo frontal y la corteza sensoriomotora primaria, sobre todo. Este resultado refleja, seguramente, el hecho de que las personas con depresión se sientan a menudo desbordadas por las emociones negativas. Puesto que las frases relacionadas con el estado clínico de los probandos se correspondían de manera específica con aspectos de la depresión, la hiperactividad de la estructura límbica podía plasmar una elevada implicación emocional. Asimismo, los ganglios basales, en estrecha relación con las áreas del sistema límbico (en especial con el putamen y el núcleo caudado) se muestran con frecuencia activos en una depresión. En definitiva, los estímulos individualizados provocaban al principio del tratamiento un incremento en la excitación de las regiones cerebrales relacionadas con las emociones y el pensamiento autorreferente.

Quedaba por comprobar los resultados a partir del segundo paradigma de evaluación que habíamos elegido, el AAP. Este instrumento, con el que se evalúan las experiencias de apego temprano, se compone de un conjunto de imágenes, las cuales representan escenas relevantes para la vinculación afectiva (como la separación, la soledad, la pérdida o la amenaza). El sujeto debía idear una breve historia para cada una de las fotografías. A partir de esta narración determinábamos la manera en que el probando había procesado las experiencias de apego; también nos permitía clasificar a los individuos según su tipo de apego: seguro o inseguro.

Frases clave personales

Ante la imagen de una niña que se encontraba sola, de pie frente a una ventana, uno de los pacientes inventó la siguiente historia: «La niña pequeña se encuentra encerrada en una gran habitación situada en algún lugar. La habita-

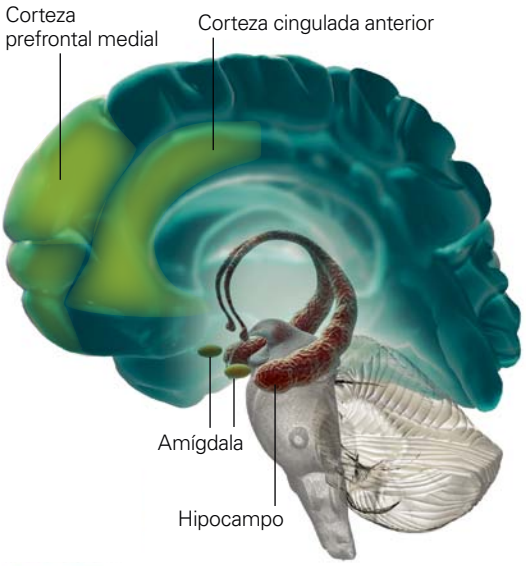
EN BREVE

Junto al diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), los psicoanalistas clasifican los aspectos psicodinámicos de un trastorno. A través del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) se evalúan la experiencia del trastorno y las condiciones de tratamiento (sufrimiento, estrategias de superación, motivación), además de los patrones de apego, los conflictos intrapsíquicos e interpersonales (baja autoestima o sentimientos de culpa, por ejemplo), y la estructura del yo (déficits en el autocontrol o en la relación y diferenciación entre uno mismo y el entorno).

Efecto en el cerebro

Tras unos meses de psicoanálisis, diversas áreas cerebrales de los pacientes reaccionaban de forma menos acusada a determinadas frases que antes del tratamiento activaban patrones de apego adversos. Entre estas áreas destacaban la corteza prefrontal medial, una parte de la corteza cingulada anterior, la amígdala y el hipocampo. Estas áreas pertenecen a una red neurobiológica que regula las emociones.

Corte transversal medial del cerebro



GEHIRN UND GEIST / MEGANIM

ción está vacía; solo se ve esa ventana y unas paredes frías y desnudas. Me podría imaginar que a la niña le gustaría salir de allí. Pero me da la impresión de que se encuentra recluida, en este gran cuarto, con la mirada puesta en el exterior. Está desesperada. Para no frustrarse, se encierra en este cuarto, sin esperanza de poder salir; ni siquiera se permite esa idea. Está totalmente perdida».

Dos observadores independientes extrajeron las siguientes frases clave de la narración de esta participante: «la niña pequeña se encuentra encerrada en una gran habitación en algún lugar»; «tiene la impresión de estar recluida y está desesperada»; «se encierra sin esperanza y se encuentra totalmente perdida». Los enunciados se mostraron a su autora cuando yacía en el escáner de RMf. A modo de control, utilizamos las mismas frases neutras para todos los sujetos (entre estas, «aquí se ven dos cortinas, a la derecha y a la izquierda, y una ventana»). Al cabo de 15 meses de terapia, ¿qué actividad presentaría el cerebro de los pacientes?

Tras ese período de tiempo, su encéfalo mostró una respuesta neuronal distinta a la inicial cuando se les confrontaba con las frases individualizadas de la prueba del apego. En concreto, registramos una disminución de la activación en la amígdala y el hipocampo, así como en la región ventral de la corteza cingulada anterior y en la corteza prefrontal medial. Una reducción que, por otro lado, se acompañaba de una mejoría en los síntomas. Es decir, podían atribuirse efectos positivos a la psicoterapia. O, dicho en otras palabras, tras un año y tres meses de terapia psicoanalítica, la alta excitabilidad que presentaban ciertas áreas del cerebro de los pacientes con depresión al inicio del tratamiento se «normalizó». Por otro lado, la disminución en la actividad de la corteza prefrontal medial constituía un claro signo de que los pacientes ya no recurrían, en la misma medida que al principio, a mecanismos de represión.

Parte de las regiones cerebrales observadas en este estudio se hallan implicadas en otros trastornos mentales. Junto a la corteza cingulada anterior, la amígdala y el hipocampo, algunas zonas del tálamo y del lóbulo frontal muestran con frecuencia una elevada actividad en los trastornos de ansiedad (fobia social, entre otras), así como en las depresiones o las compulsiones. Se presume que su denominador común es una perturbación en la regulación emocional: el lóbulo frontal no es capaz de mantener bajo control a la amígdala (centro de las emociones), de manera que esta última reacciona con hipersensibilidad. Las causas exactas permanecen, por ahora, en la oscuridad.

La carrera de investigación en torno a los procesos psicoterapéuticos con métodos neurobiológicos acaba de comenzar. Knut Schnell y Sabine Herpertz, de la Universidad de Heidelberg, emplearon la RMf para examinar en reiteradas ocasiones a personas con trastorno límite de la personalidad. Pretendían documentar los patrones de actividad cerebral de estos pacientes a lo largo de una terapia dialéctica conductual. Günter Schiepek, de la Universidad de Salzburgo, llevó a cabo el seguimiento de sujetos que padecían un trastorno obsesivo-compulsivo relacionado con la higiene personal y que acudían a una terapia conductual. En ambos estudios, los efectos de las respectivas psicoterapias se aparejaron con cambios en los patrones de activación neuronal.

Estamos convencidos de que el enfoque individual es el más apropiado en la investigación de los efectos terapéuticos. Nuestro estudio muestra un primer paso en esta dirección. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 62

PARA SABER MÁS

Individualized and clinically derived stimuli activate limbic structures in depression: An fMRI study. H. Kessler, et al. en *PLOS One*, vol. 6, pág. e15712, 2011.

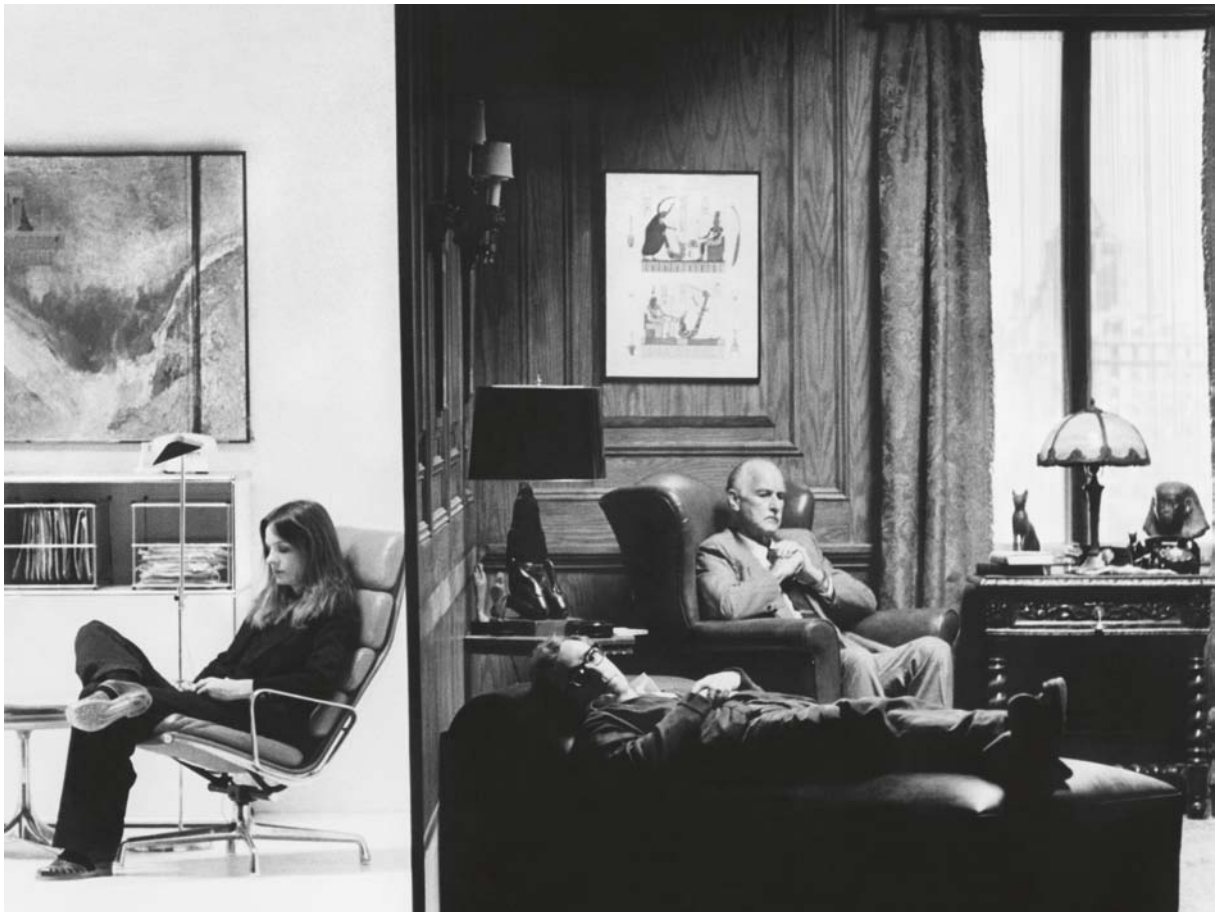
Neuronale Veränderungen bei chronisch-depressiven Patienten während psychoanalytischer Psychotherapie. fMRT-Studie mit einem Bindungsparadigma. A. Buchheim et al. en *Psychotherapeut*, vol. 57, págs. 219-229, 2012.

Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. A. Buchheim et al. en *PLOS One*, vol. 7, pág. e33745, 2012.

EFECTOS SECUNDARIOS Cerca de uno de cada diez pacientes se siente peor tras la psicoterapia. Al igual que sucede con los fármacos, los tratamientos psicológicos pueden producir efectos secundarios, mas se echa en falta una descripción estandarizada

La psicoterapia a examen

CARSTEN SPITZER, RAINER RICHTER, BERND LÖWE Y HARALD FREYBERGER



CINETEXT

«Yo también me estoy psicoanalizando, naturalmente, pero solo llevo quince años. Voy a concederle un año más a mi psicoanalista, y si no funciona, me voy a Lourdes», maldecía Woody Allen en su película *Annie Hall*, de 1977.

Apesar del tratamiento intensivo que seguía cierto paciente, sus crisis de pánico no remitían. No podía ir a ningún lado sin antes asegurarse de que había un médico en las inmediaciones. Desde hacía 30 años, acudía con regularidad a clínicas psiquiátricas. Allí, los terapeutas le confrontaban con cuidado a su miedo a los congéneres. Él practicaba la vuelta al pueblo; poco a poco intentaba estar de nuevo con gente. Una técnica, por lo general, eficaz.

No obstante, la experiencia de los médicos que llevaban el caso brillaba por su ausencia. Tampoco disponían de un plan de tratamiento elaborado y minuciosamente ponderado. En fin, nunca se dieron cuenta de que el paciente tenía pavor a su violento padre. La primera en reparar en ello fue Erica Brühlmann-Jecklin. Ese día la terapeuta sustituía a un compañero de trabajo. Pidió al para ella desconocido paciente que le contara su historia. «Hoy sigo convencida de que se cometió un error muy grave en su tratamiento», señala la psicoterapeuta en *Therapieschäden* («Daños terapéuticos»), libro en el que se describen casos similares.

En la actualidad, no existen dudas de que la psicoterapia puede ayudar a muchas personas. Sin embargo, hoy como antes, no está suficientemente claro cuándo, cómo y a quién beneficia. La terapia no siempre ayuda; en el peor de los casos, incluso puede resultar perjudicial.

Los propios psicoterapeutas mantienen una relación contradictoria con los posibles fracasos y efectos secundarios del tratamiento. Por un lado, admiten que solo en un porcentaje reducido de sus pacientes se da una evolución desfavorable de la terapia, según describió en 2005 Michael Märtens, por entonces en la Escuela Técnica Superior de Fráncfort del Meno. Pero, por otro, los estudios demuestran la existencia de efectos negativos entre un 20 y un 40 por ciento de los casos tratados. Al menos así lo confirman Norman y Ann Macaskill, de los Servicios Comunitarios y de Salud Mental de Leeds y de la Universidad Sheffield Hallam, respectivamente. Para su investigación encuestaron a varios psicoterapeutas sobre su experiencia profesional en torno a la terapia de conducta. Entre las consecuencias no deseadas destacaban los problemas matrimoniales y los episodios depresivos.

Con todo, la percepción de éxito o fracaso y de efectos secundarios dependen de la perspectiva desde la que se mire. Lo que un terapeuta considera un progreso puede parecer un empeoramiento a ojos del paciente. Quizá justamente por este motivo se concede escasa importancia a la discusión de este problema, a pesar del papel que desempeña en la práctica clínica y en la investigación. Pero ninguna disciplina debería juzgarse solo por sus éxitos; también cuentan los esfuerzos infructuosos.

En todas las modalidades de psicoterapia se encuentran efectos no deseados y nocivos. Estos van desde agravamientos de los síntomas hasta cambios persistentes en la personalidad. Asimismo, pueden producirse problemas no relacionados directamente con la terapia. Entre ellos, el hecho de que un paciente esté mal considerado por sus amigos o familiares porque necesita la ayuda de un psicólogo. Ahora bien, las personas tratadas sufren sobre todo cuando experimentan un aumento de las molestias físicas y psíquicas, o cuando se añaden a estas otras nuevas. Por esta razón debería advertírseles previamente de los riesgos y posibles efectos secundarios del tratamiento, del mismo modo que sucede con los medicamentos. Sin embargo, mientras que en farmacia sí existe una descripción estandarizada de los efectos secundarios de los fármacos y la frecuencia de su aparición, la psicoterapia carece aún hoy de una clasificación prescriptiva.

Una cuestión de escuela

Los escasos datos acerca de la frecuencia de agravamientos de los síntomas varían sustancialmente de una escuela a otra, ya que cada una los define y entiende de modo distinto. Los terapeutas conductistas reaccionan alarmados si empeora el estado de ánimo de los pacientes, mientras que los psicólogos analistas pueden considerar este empeoramiento como parte del proceso de curación. Estos últimos prestan más atención a los cambios de personalidad. Por otra parte, en una terapia de grupo, los nuevos problemas en el trato con los demás resultan más evidentes que en una entrevista individual.

Los procedimientos de investigación habituales en el ámbito de la psicoterapia también dificultan el descu-

En síntesis: Un tratamiento arriesgado

1 Alrededor de uno de cada diez pacientes experimenta un empeoramiento de los síntomas tras la psicoterapia.

2 Los terapeutas infravaloran esa cantidad de fracasos. Hasta el momento, los investigadores en psicoterapia rara vez se ocupan del tema.

3 Resulta difícil saber por qué fracasa un tratamiento. Los problemas de los pacientes y las aptitudes de los terapeutas no constituyen las únicas piezas clave: también influye la «química» entre ambos.

LOS AUTORES

Carsten Spitzer es médico especialista en psiquiatría y psicoterapia. Investiga en la Universidad de Rostock. *Rainer Richter* es psicólogo y psicoanalista y *Bernd Löwe* es especialista en medicina interna y psicoterapia. Ambos trabajan en la Clínica Universitaria de Hamburgo-Eppendorf. *Harald Freyberger* es profesor de psiquiatría y psicoterapia en la Universidad de Greifswald.

brimiento sistemático de los fracasos. La mayoría de las veces, se trata a dos o más grupos de sujetos mediante métodos diferentes para después comparar los respectivos resultados. El ejemplo clásico corresponde al ensayo clínico aleatorizado, en el que se asigna al azar a los probandos con un determinado trastorno, bien a un grupo de intervención o bien a uno de control. Los pacientes del primer grupo reciben el tratamiento psicoterapéutico en estudio, mientras que a los otros se les somete a una terapia distinta. Al comparar los resultados, sin embargo, desaparecen los datos particulares de cada paciente, ya que los casos individuales se difuminan en la estadística.

Podría ocurrir que un tratamiento tuviera efectos excelentes en la mayoría de los pacientes, mas fracasara en el resto de los individuos. De esta manera, si se considera al grupo en su conjunto, el resultado medio será bueno, lo cual no se corresponderá necesariamente a nivel individual. Justo en este punto surgen las dificultades para valorar los efectos secundarios y el empeoramiento de los síntomas en psicoterapia.

El estudio longitudinal Menninger supuso un hito en la investigación de las terapias para la psique. Este proyecto se inició en 1954 y se llevó a cabo en la Clínica Menninger de Houston, de ahí su nombre. En él se compararon los resultados del psicoanálisis clásico con los de un simple acompañamiento de apoyo. Es cierto que el trabajo presentaba carencias metodológicas, pero permitió superar por primera vez dos dificultades centrales de la investigación en torno a los efectos secundarios psicoterapéuticos: gracias a la intervención de evaluadores independientes, se escapaba de las apreciaciones subjetivas de pacientes y psicoterapeutas; pero, sobre todo, se prestó atención a los resultados de cada una de las personas tratadas. En alrededor de un 60 por ciento de los casos se observaron efectos positivos. Sin embargo, el 27 por ciento de los pacientes que se psicoanalizaban y el 25 por ciento de los sujetos que recibían un acompañamiento de apoyo se clasificaron dentro del grupo «en peor estado». En otras palabras: no solo los efectos curativos de la terapia fallaron en una cuarta parte de los pacientes, sino que las molestias incluso aumentaron.

Otros trabajos más recientes se han ocupado de la cantidad de personas que perciben un empeoramiento de los síntomas al acudir a psicoterapia. Con el objetivo de averiguarlo, los médicos pidieron a sus pacientes, al inicio y al final de la terapia, que contestaran un cuestionario estandarizado. Mediante este método, Henning Schauenburg, de la Universidad de Heidelberg, y sus colaboradores demostraron en 1998 que en cerca del 6 por ciento de las personas que se sometían a una psicoterapia breve en un ambulatorio, los síntomas se agravaban tanto que no era de recibo atribuirlos a cambios casuales.

Para las terapias de grupo de orientación psicoanalítica en clínica, los equipos de Susanne Davies-Osterkamp y Franziska Geiser, de la Universidad de Bonn, informaron, respectivamente, de una cuota de resultados negativos del 8,5 y del 14 por ciento en 1996 y 2001. En el año 2008 llegamos a resultados semejantes en nuestro estudio sobre psicoterapia estacionaria: 15 de los 130 pacientes estudiados (el 11,5 por ciento) hablan al finalizar la terapia de más molestias que al principio del tratamiento. Cada probando se había evaluado a sí mismo en el mo-

Efectos secundarios y daños

En las psicoterapias pueden ocurrir numerosos imprevistos. Los terapeutas Sven Olaf Hoffmann, Gerd Rudolf y Bernhard Strauss propusieron en 2008 una clasificación y terminología que permitiera examinar de modo diferenciado los diversos efectos no deseados:

- **Daños: los efectos perjudiciales de la terapia se alargan en el tiempo; también resultan de gravedad para el paciente.**
- **Efectos secundarios: Surgen efectos no deseados y perjudiciales para el paciente.**
- **Fracaso: Los objetivos de la terapia, manifiestos o no, se logran solo en parte o no llegan a alcanzarse.**

Lista de los efectos secundarios más importantes

- **Empeoramiento o cronificación de síntomas ya existentes.**
- **Aparición de nuevos síntomas.**
- **Tendencias suicidas que acaban en tentativa o muerte.**
- **Uso indebido de la terapia por parte del paciente sin que el terapeuta lo impida. (Un paciente puede hacer un mal uso de la terapia cuando elude los conflictos y habla de sus problemas en lugar de ocuparse activamente de ellos.)**
- **Agotamiento del paciente a causa de los objetivos no realistas del terapeuta.**
- **Dependencia del paciente.**
- **Pérdida de confianza del paciente a causa de decepciones graves durante la terapia.**
- **Cambios de personalidad negativos que se vuelven permanentes.**

Causas de los fracasos terapéuticos

- **Efectos secundarios de una psicoterapia adecuada (sin embargo, en un caso particular es difícil determinar si el tratamiento ha sido la causa de los nuevos trastornos).**
- **El paciente y el terapeuta no congenian.**
- **Daños causados por un desarrollo poco profesional de la terapia (situación en principio justificable, pero difícil de demostrar).**
- **Comportamiento poco ético del terapeuta (en los casos graves, las denuncias suelen acabar con éxito).**

mento de su ingreso; había clasificado en una escala sus síntomas, tales como la depresión o la angustia. Cuando fueron dados de alta, los pacientes cumplimentaron de nuevo el cuestionario. El individuo que se había atribuido un 10 en depresión al inicio de las sesiones y marcaba ahora un 2 había sacado provecho del tratamiento. Los pacientes que al final clasificaban con un 18 su estado depresivo habían empeorado.

Estos resultados plantean la siguiente cuestión: ¿por qué aproximadamente uno de cada diez pacientes experimenta durante la psicoterapia, al menos de forma subjetiva, un aumento del malestar? Sigmund Freud ya observó que podía darse un «empeoramiento durante el tratamiento». En su obra *El yo y el ello* (1923) acuñó el término de «reacción terapéutica negativa». Según Freud, un paciente no se confiesa a sí mismo que tiene sentimientos de culpa; en lugar de ello, se encuentra enfermo. Sin embargo, si alguien no quiere ver la causa de sus problemas, el psicoanálisis tampoco podrá ayudarle.

De este modo, los agravamientos de los síntomas durante la terapia serían imputables solo al paciente; no podrían atribuirse a equivocaciones del terapeuta o a errores en el plan de tratamiento. ¿Es eso cierto? En realidad, las peculiaridades y la actitud del paciente así como las del terapeuta influyen en el resultado de la psicoterapia.

Problemas interpersonales

Entre el 60 y el 70 por ciento de las diferencias en los resultados de una terapia pueden atribuirse a las características del paciente, según reveló en 2001 un amplio análisis dirigido por Bruce Wampold, de la Universidad de Wisconsin. Ya en 1995, David Mohr, de la Universidad Noroccidental en Chicago, estudió con detalle qué rasgos concretos pueden incrementar el riesgo de un empeoramiento de los trastornos. Se comprobó que una organización límite de la personalidad constituía un mal presagio. Este concepto, desarrollado por el célebre psicoanalista Otto Kernberg, no se corresponde totalmente con el trastorno límite de la personalidad que definía la ya obsoleta cuarta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DMS-IV). Según Kernberg, las personas con dicha estructura de la personalidad no han superado correctamente la división infantil del mundo entre buenos y malos; no saben manejar la agresividad, y tampoco poseen una idea afianzada sobre sí mismos. Estos pacientes muestran evoluciones especialmente desfavorables durante los tratamientos tradicionales si, además, tienen graves problemas para relacionarse con otras personas. En cambio, líneas de tratamiento más actuales, como la terapia conductual dialéctica, pueden ayudarles.

La relación interpersonal influye de manera notable en el éxito de una terapia, en un doble sentido: los individuos con múltiples dificultades interpersonales se benefician de la psicoterapia, pero también los agravamientos de los síntomas resultan frecuentes en este grupo. En particular, los pacientes desconfiados suelen desarrollar trastornos posteriores, ya que no responden a elementos importantes de la terapia.

DPA / EPA / RICHARD AVEDON

Al parecer, los diversos terapeutas que trataron a Marilyn Monroe poco pudieron ayudarla. La actriz murió en 1962. Supuestamente, se suicidó.

Otro factor de riesgo por parte del paciente surge de la idea de que la psicoterapia es un proceso exento de dolor. Edna Foa, terapeuta conductista de la Universidad Temple, describió problemas inusuales durante el tratamiento de un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. El paciente, un técnico de laboratorio de 29 años, se lavaba durante minutos cada vez que entraba en contacto con algún elemento que procediera de la ciudad en la que había cursado medicina. En su época de estudiante vivió un accidente con material radiactivo del laboratorio. Aunque el incidente no revistió mayor peligro, el ahora médico teme desde ese día que los animales experimentales puedan contagiarle alguna enfermedad grave. En un inicio, la terapia de confrontación dio buenos resultados, no obstante, un nuevo temor se apropiaba de él. Acudió al tratamiento en repetidas ocasiones, siempre con el mismo resultado: tras experimentar un rápido avance en la superación de la antigua fobia, pronto se originaba una nueva. Como se comprobó posteriormente, la confrontación del sujeto con los pensamientos obsesivos le provocaba siempre un sentimiento exagerado de vergüenza. Para evitar un enfrentamiento profun-

do con el miedo, el paciente traspasaba de manera inconsciente sus temores de una idea a otra.

Nuestra investigación refleja con reservas los escasos factores de riesgo relacionados con la psicoterapia que se conocen, ya que apenas pudimos extraer características de los pacientes que se correspondiesen con el agravamiento de los síntomas durante el tratamiento clínico. Los individuos que experimentaron efectos negativos no se diferenciaban por sexo ni edad de aquellos para quienes la terapia había sido provechosa. El resultado terapéutico tampoco parecía depender del estado civil, la educación, el nivel de formación y la situación profesional en un momento concreto. Los cuadros clínicos, el diagnóstico principal por el que se inició la psicoterapia u otros diagnósticos secundarios no mostraban relación con el aumento del malestar. Sin embargo, pudimos constatar que no existía una relación entre un trastorno de personalidad y la aparición de efectos indeseados.

Estudiamos la percepción que los pacientes tenían de sí mismos y de los demás, su conducta afectiva y comunicativa. Ninguno de estos factores ejercía una influencia mensurable sobre un posible agravamiento de los síntomas durante la terapia. Si la persona afectada había sufrido anteriormente trastornos graves o si había experimentado problemas en sus relaciones con los demás tampoco influía en ello. Por consiguiente, no parece que exista una relación reveladora entre un trastorno de la personalidad y la aparición de efectos indeseados durante una psicoterapia.

En pocas palabras, los parámetros referidos al paciente que se registran al comienzo del tratamiento no pueden garantizar si la terapia tendrá éxito o no. Por ese motivo, no creemos que los rasgos característicos del sujeto, como el deseo inconsciente de ser castigado, sean responsables de los malos resultados de la terapia. Más bien suponemos que son aspectos problemáticos del terapeuta los que contribuyen al fracaso.

De acuerdo con el análisis realizado por David Mohr a mediados de los años noventa, la ausencia de empatía y las reacciones inadecuadas (conscientes o inconscientes) del terapeuta hacia su cliente constituyen cuestiones críticas. Cuando la decepción, el enfado, la hostilidad o el aburrimiento determinan la relación entre médico y paciente, se produce lo que en la bibliografía especializada se denomina un «proceso terapéutico negativo». Los psicoterapeutas e investigadores en psicoterapia Jeffrey Binder y Hans Strupp reunieron en 1997 sus experiencias profesionales. Llegaron a la conclusión de que el proceso terapéutico negativo resultaba más frecuente y, sobre todo, más difícil de superar de lo que generalmente se acepta. Se trata, pues, de un problema infravalorado.

La relación entre terapeuta y paciente

Está claro que un comportamiento poco ético y poco profesional por parte del terapeuta (abusos económicos o sexuales, por ejemplo) puede aumentar el sufrimiento del paciente. Para que una relación terapéutica tenga éxito, resulta necesario que los protagonistas formen «buena pareja». Tal como descubrió Mohr, los pacientes desconfiados obtienen más provecho de los terapeutas que mantienen las distancias que de los que se muestran cariñosos y compasivos.

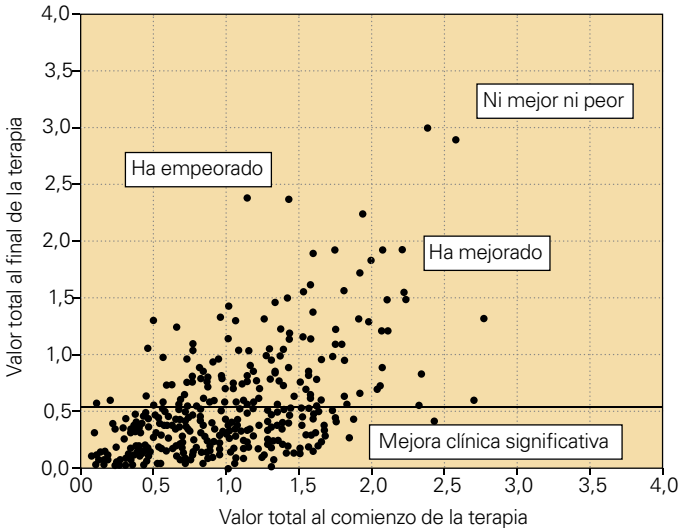
En esta dirección apuntan algunos de nuestros resultados, puesto que la desconfianza de los pacientes puede deberse a traumas infantiles y juveniles. Los afectados muestran a menudo un comportamiento contradictorio

MUSEO FREUD, LONDRES

A Sergei Konstantinovitch, paciente de Sigmund Freud, le atormentaba un sueño en el que veía lobos sentados en un árbol. El «hombre lobo» dibujó sus visiones para la terapia, pero Freud no consiguió ayudarle. Más tarde, los psicoanalistas trataron de ocultar este fracaso.

Muchos mejoran, otros no

El departamento de prácticas de psicoterapia de la Universidad de Berna analizó el efecto de la terapia en 363 pacientes. El estado de cada individuo se representó mediante un punto: cuanto más a la derecha se encontraba este, más graves eran los síntomas previos a la terapia; cuanto más alto, más graves eran los trastornos tras el tratamiento psicoterapéutico. Si ambas coordenadas (valor inicial y valor final) aparecían casi iguales y, por consiguiente, se hallaban dentro de la diagonal, puede decirse que los síntomas se mantuvieron similares. Los pacientes cuya puntuación ocupaba la mitad superior izquierda del diagrama se encontraban peor después que antes de acudir a terapia; el resto se sentía, al menos, algo mejor.



FUENTE: MODELLE UND KONZEPTE ZUR EMPIRISCHEN UNTERSTÜTZUNG DER EVALUATION DES PSYCHOTHERAPIEBEDARFS UND DER THERAPIEVERLÄNGERUNG. W. LUTZ, ET AL. EN *VERHALTENSTHERAPIE UND VERHALTENSMEDIZIN*, VOL.25, N.º 4, PÁGS. 503-527, 2004

en sus relaciones. Quienes han experimentado que sus personas de referencia, que deberían protegerlos y consolarlos, también los pueden amenazar, asustar y dañar en cualquier momento, muestran suma cautela al relacionarse con los demás. Sin embargo, también manifiestan un deseo pronunciado de protección, ayuda y sostén.

Según nuestro estudio, aquellos sujetos que habían sufrido abusos sexuales o una fuerte desatención emocional, tendían a sentirse peor tras una psicoterapia. Uno de los motivos podría ser que su terapeuta los trataba con cariño. Cuando los pacientes son desconfiados y a la vez ansían ser protegidos, el resultado es una combinación explosiva para el desarrollo de las relaciones personales. Reconocer este problema y hacerlo desaparecer se convierte en una de las tareas más importantes, pero también más duras, del terapeuta. Si el paciente y él fracasan en el intento, surgen interrupciones en el tratamiento o un empeoramiento de los síntomas.

Hasta ahora se ha investigado poco acerca de si la interacción entre terapia, intervenciones médicas o sociales y el día a día del paciente contribuyen a un resultado negativo. Por supuesto, acontecimientos desagradables que tengan lugar fuera de la terapia y sean totalmente independientes de esta pueden originar efectos contraproducentes. También cabe remarcar que las experiencias negativas que ocurren durante el tratamiento tienen un efecto mayor que las positivas, tal y como demostraron en 1984 Paul Pilkonis y sus colaboradores, de la Universidad de Pittsburgh, en Pensilvania.

Por último, es posible que tras un aumento de las molestias se esconda un empeoramiento espontáneo. Se entiende con ello que el desarrollo natural del trastorno va acompañado de un agravamiento de los síntomas; no obstante, todavía sabemos poco sobre este fenómeno.

¿Qué aplicación tienen en la práctica los resultados expuestos? Aproximadamente uno de cada diez pacientes se encuentra peor tras una psicoterapia, defecto que hay que reconocer. Los terapeutas y los investigadores deberían enfrentarse de forma más intensiva y activa con este riesgo. Por su parte, las personas que optan por un tratamiento psicoterapéutico deberían consultar al profesional sobre los posibles efectos secundarios y exponerle sus dudas y preocupaciones.

La recomendación más importante sigue siendo, no obstante, prestar mucha atención a la «química», ya que el mayor factor de riesgo es una relación problemática con el terapeuta. En este sentido, una regla práctica podría ser: aquel que en la primera sesión no se entienda bien con el terapeuta, debería buscarse otro. Sin embargo, si los problemas aparecen más tarde, paciente y terapeuta deberían tratar de encontrar a cuatro manos las causas y las posibles soluciones. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 62

PARA SABER MÁS

Negative outcome in psychotherapy: A critical review. D. C. Mohr en *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 2, págs. 1-27, 1995.

Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. J. L. Binder, H. H. Strupp en *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 4, págs. 121-139, 1997.

Therapieschäden: Risiken und nebenwirkungen von psychotherapie. Dirigido por M. Märtens y H. Petzold. Matthias-Grünewald, Mainz, 2002.

Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. S. O. Hoffmann et al. en *Psychotherapeut*, vol. 53, págs. 4-16, 2008.

Symptomverschlechterung während stationärer Psychotherapie: Wer ist betroffen? C. Spitzer et al. en *Psychodynamische Psychotherapie*, vol. 7, págs. 3-15, 2008.

HIPNOSIS Aún hoy, numerosas personas consideran la hipnosis como una suerte de magia mental o farsa. Sin embargo, esta técnica constituye una herramienta útil para la psicoterapia. Veamos, de primera mano, cómo funciona

El trance como tratamiento

MELINDA BARANYAI

Una niña de unos 10 años está sentada al piano. A su vera, la profesora aguarda atenta cada uno de los movimientos de los dedos juveniles. Contemplo la escena desde fuera: veo y escucho cómo la alumna se esfuerza por interpretar sin equivocarse la sonata *Claro de luna* de Beethoven. Esa niña soy yo.

No duermo, pero tampoco estoy despierta del todo. Con los ojos cerrados, yazgo sobre un sillón negro de piel, desde donde me sumerjo en el mundo que habita en mi cabeza. Cada vez que suena la voz del terapeuta me conciencio del lugar en el que me encuentro: una consulta de hipnoterapia. Esa noción de la realidad dura poco tiempo, pues pronto retorno al universo de los sueños.

La voz me propone que libere a la niña de la severa profesora. Conduzco a la maestra fuera de la escena: a través de la habitación, a lo largo de un pasillo, hasta una escalera de caracol; allí me despido de ella. A continuación tomo asiento, tal y como soy hoy, en el lugar que ocupaba la joven alumna. Percibo las frías teclas bajo las yemas de mis dedos, el taburete bajo las nalgas. La pieza de Beethoven vuelve a sonar, pero esta vez mis manos se deslizan sin apenas esmero por el teclado. El terapeuta, con dicción clara, me alienta a regresar poco a poco al aquí y ahora.

Tardo un momento en volver del todo. Al abrir los ojos, me recibe la luz mate de la consulta. Enfrente de mí se encuentra sentado Stefan Junker, el psicoterapeuta. No requiere de péndulo ni mantra para sacarme del trance.

En síntesis: Mirada al interior

1 El trance hipnótico consiste en un estado de atención muy intenso. A menudo se relaciona con la relajación, aunque también puede lograrse mediante movimientos y bailes rítmicos.

2 Los psicoterapeutas formados en la técnica de la hipnosis trabajan los patrones de conducta y pensamiento de los pacientes mediante imágenes mentales.

3 La hipnosis se utiliza en psicoterapia como una herramienta complementaria para tratar las adicciones o aliviar cargas psíquicas.

La autora del artículo, Melinda Baranyai, experimenta en su propia piel la hipnosis con el psicoterapeuta Stefan Junker.

GEHIRN UND GEIST / MANFRED ZENTSCH

«La hipnosis seria no tiene nada que ver con la magia», subraya Junker. Pero ¿cómo se llega a ese extraño estado mental y físico semejante al sueño sin llegar a serlo? ¿Qué se consigue con él? Con Junker lo experimenté en mi propia piel.

En la actualidad, los psicoterapeutas se sirven de diversas técnicas para que sus clientes entren en trance. El método más conocido es el de la fijación: se pide al sujeto que concentre la mirada en un punto fijo durante cierto tiempo con el objetivo de que la musculatura de sus ojos se fatigue con rapidez. En un hablar monótono se repiten determinadas instrucciones («concéntrese en este punto», por ejemplo), lo que aumenta la somnolencia del individuo hasta que siente que los párpados le pesan. Muchos profesionales, entre ellos Junker, prescinden sin embargo del método de la fijación; prefieren provocar el trance hipnótico a través de otras estrategias sencillas.

La relación entre terapeuta y paciente debe ser de confianza absoluta. Según me explica Junker, en la sesión de hipnosis que ha llevado a cabo conmigo, primero ha

LA AUTORA

Melinda Baranyai es psicóloga y periodista científica.

adecuado su ritmo de respiración y postura corporal a las de mi organismo sin que yo me percatara de ello. A continuación ha empezado a describir mi propia percepción: «Usted oye el sonido de mi voz y nota la superficie del sillón; percibe cómo su tórax sube y baja». De este modo, me continúa explicando, ha guiado mi atención a la vez que me ha transmitido que estaba participando en mi experiencia. Eso crea confianza.

Como segundo paso, ha relacionado mi percepción con elementos relajantes. «Con cada una de sus inspiraciones siente como si una agradable ola de calor se extendiera por todo su cuerpo; mientras oye el traqueteo del cortacésped que se encuentra ante la ventana, se siente cada vez más tranquila, cada vez más y más relajada...» En efecto, pese al ruido exterior, mi tensión se va desvaneciendo de manera paulatina, hasta sentirme pesada y ligeramente «obnubilada»; como en trance.

Coreografía de la atención

No todos los pacientes se tumban para la sesión de hipnosis. Esta técnica puede practicarse también en postura sentada o incluso pedaleando sobre una bicicleta estática. Aunque el trance se asocia en occidente con la relajación, en otras culturas se relaciona con ritmo y movimiento.

«El truco reside en la coreografía con la que limito la atención del cliente», aclara Junker. «El modo clásico va de fuera hacia dentro. Al principio se guía la percepción del sujeto mediante preguntas: "¿Qué ve, oye, siente usted? ¿A qué ritmo va su respiración? ¿Y su corazón?; ¿Cómo nota sus extremidades?" Tras ello, terapeuta y cliente se adentran juntos en el mundo imaginario.»

En un principio, cualquier persona puede ser hipnotizada. No obstante, la reacción diverge según cada cual y su situación concreta. La sugestionabilidad, es decir, la capacidad de entrar en trance, obedece, como sucede con la mayoría de las características personales, a una distribución normal en la población: solo unos pocos se dejan hipnotizar con extrema facilidad o, por el contrario, no hay manera de llevarlos al estado de trance, mientras que la mayoría de los mortales ocupamos un término medio.

Con todo, la versión más débil de este fenómeno debería resultarnos familiar a la mayoría de los humanos: los estados de trance aparecen a menudo de forma espontánea en el día a día (cuando un libro nos atrapa o si, absortos, soñamos despiertos, por ejemplo). Incluso trayectos largos y monótonos en automóvil pueden producir un pequeño trance: fijamos nuestra atención en la carretera, el tiempo se distorsiona y, al llegar al destino, apenas recordamos el camino que hemos recorrido.

Un trance no resulta necesariamente profundo. Según investigaciones recientes, en la terapia hipnótica con frecuencia es preferible que el sujeto no se encuentre «muy lejos»; es aconsejable que mantenga contacto con la realidad. Durante mi experiencia con Junker olvidé por unos segundos dónde me hallaba. Sin embargo, la percepción de la realidad siempre acababa regresando al primer plano.

El característico cambio entre los momentos conscientes e inconscientes puede observarse mediante un eletroencefalograma. En las personas hipnotizadas, el patrón de ondas cerebrales típico del estado de consciencia y atención se alterna por fases, diferencia notable respecto a otros estados mentales [*véase* «¿Qué es la hipnosis?»; por Bruno Suárez, en Mente y Cerebro n.º 68, 2014].

Junker estima de vital importancia trabajar con la lógica del trance. «Por lo común, nuestros procesos mentales se hallan en estrecha relación y son más o menos conscientes», señala. Y añade: «Normalmente no toleramos bien las emociones contradictorias, de manera que intentamos trazar una línea clara entre pensamientos, sentimientos y acciones. Por el contrario, durante el trance todo puede mezclarse de manera ilógica.»

Interpretar señales sutiles

Por fuera, las personas bajo hipnosis aparentan hallarse en un sueño profundo, pero un terapeuta experto lee de inmediato en las señales que le ofrece el paciente si ha alcanzado el estado hipnótico. «Cuando usted tocaba el piano de manera imaginaria, contraía los dedos», me cuenta Junker. Muchos terapeutas perciben cambios sutiles en la respiración o los gestos del individuo bajo hipnosis, los cuales les proporcionan información sobre cuán profundo o agradable es el trance. La persona que,

Instrucciones para la autohipnosis: la técnica 5-4-3-2-1

Adopte una posición cómoda y fije la vista en un punto. Preste atención a su respiración; esta determinará el ritmo del ejercicio. Nombre cinco objetos o impresiones que usted pueda percibir sin apartar la mirada del punto fijado. A continuación, diga cinco sensaciones corporales que experimente en esos momentos. Repita la serie con cuatro, tres y dos sensaciones (pueden ser las mismas o distintas), hasta finalizar con una de ellas.

Ahora, cierre los ojos y repita mentalmente para sí mismo una intención personal positiva al menos tres veces («Me encuentro muy tranquilo y sereno», por ejemplo). Goce de la tranquilidad y sea consciente de su relajación.

Para «volver», mueva primero los dedos de las manos y los pies, continúe con los brazos y las piernas hasta desperezarse. Respire hondo y, finalmente, abra los ojos.

Stefan Junker explica a la autora, tras la sesión de hipnosis, las bases del trabajo hipnoterapéutico.

GEHIRN UND GEIST / MANFRED ZENTSCH

de repente, se pone tensa o respira de forma superficial experimenta en esos momentos un suceso imaginario desagradable (una profesora de piano muy exigente, por ejemplo).

Sin embargo, el hipnotizado no se encuentra a merced de esas imágenes ni de las órdenes del terapeuta. En contra de lo que afirma un prejuicio ampliamente extendido, un individuo en trance profundo no pierde su voluntad, nadie puede obligarle a llevar a cabo acciones a las que, en un estado consciente, se negaría. Si bien es cierto que el propio juicio se ve reducido a través de la focalizacion del individuo en la propia vida interior, no se desconecta. La hipnosis solo relaja los filtros más tupidos de la consciencia.

Hoy por hoy, un número creciente de terapeutas utilizan, además de los procedimientos establecidos, métodos complementarios (entre ellos, terapia cognitivo-conductual) para tratar las enfermedades mentales. La hipnosis puede contribuir a cambiar patrones conductuales y de pensamiento arraigados en la persona. A menudo, las imaginaciones resultan especialmente vívidas: lo imaginado se percibe como «más real» que un mero experimento mental.

Cornelie Schweizer, psicóloga y directora de un programa contra la adicción al tabaco en Tubinga, ha comprobado que, después de entre tres y cinco sesiones de hipnoterapia combinada con métodos de terapia conductual, casi la mitad de los pacientes dejaron de fumar durante un año como mínimo. Entre los participantes que siguieron el mismo tratamiento, exceptuando las sesiones de hipnosis, el éxito se redujo al 20 por ciento.

En el subconsciente a través de la hipnosis

El neurólogo francés Jean-Marie Charcot (1825-1893) afirmaba que la hipnosis constituía un tratamiento adecuado solo para mujeres histéricas. Su alumno Sigmund Freud (1856-1938) utilizó la técnica para averiguar los deseos subconscientes de sus pacientes. Cuanto más se adentraba en su mundo imaginario, más se debilitaba la censura del consciente. Por aquel entonces, los hipnotizadores actuaban implementando órdenes, lo que implicaba el riesgo de sugerir al paciente determinados pensamientos o recuerdos enterrados. Milton H. Erickson (1901-1980), padre de la hipnoterapia moderna, fue el primero en desarrollar una técnica orientada a las exigencias de la terapia: el subconsciente desempeñaba una función secundaria.

¿Abúlicos durante el trance?

En los años sesenta del siglo XX, investigadores de la Universidad de Pensilvania averiguaron si se podía inducir a las personas que se encontraban bajo trance hipnótico a una conducta antisocial. Según sus resultados, cinco de seis sujetos hipnotizados no mostraban inconveniente en acatar la orden de rociar a otra persona con el contenido de una jarra supuestamente llena de ácido. También los participantes que no habían entrado en un estado de trance manifestaron pocos escrúpulos. Los psicólogos Martin Orne y Frederick Evans llegaron a la siguiente conclusión: la hipnosis en sí misma no dispone a la violencia, sino que es la situación excepcional de poder responsabilizar del acto a otra persona la que influye.

«Social control in the psychological experiment: Antisocial behaviour and hypnosis». M. T. Orne y F. Evans en *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 1, págs. 189-200, 1965

Prevenir la recaída

«Cuando se deja de fumar, el principal problema consiste en no volver de nuevo a las andadas», apunta Schweizer. Con el fin de prevenir las recaídas de los clientes, esta terapeuta de familia se sirve de las sugestiones posthipnóticas. Durante el trance, indica al sujeto cómo debe lidiar con las situaciones potenciales de recaída. Lo ideal es que, en los momento de riesgo, los afectados recurran automáticamente al ejemplo que se les ha dado en terapia. «Algunos, cuando sienten ganas de encenderse de nuevo un cigarrillo, se imaginan a un niño que huye de ellos. Eso les ayuda a superar la situación», describe Schweizer. La terapeuta incorpora las imágenes y metáforas en el individuo de forma metódica mientras dura el trance hipnótico.

Diversos estudios constatan que la hipnoterapia reduce el riesgo de recaída a largo plazo. En otros ámbitos, por el contrario, los resultados no son tan patentes. Junker atribuye esa circunstancia a dos motivos: por un lado, todavía pocos psicoterapeutas han cursado los estudios apropiados; por otro, en hipnoterapia se hace difícil cumplir el estándar por excelencia de este tipo de investigaciones (prueba aleatoria controlada). El trance consiste en un proceso creativo entre paciente y terapeuta. Este último utiliza la información que el sujeto le proporciona, lo que dificulta un proceder estandarizado estricto. Eso mismo sucede con otros métodos de psicoterapia mejor fundamentados.

A pesar de los conocimientos científicos inciertos, los terapeutas emplean cada vez más los métodos hipnoterapéuticos con el fin de lograr diferentes objetivos. «A menudo se trata de asentar, a través del lenguaje, imágenes en la mente del paciente, o lograr que este se relaje», describe Junker. En su caso, utiliza el trance hipnótico para tratar percepciones problemáticas, como trastornos del dolor o ansiedad. Con frecuencia, los afectados muestran un temor obsesivo ante la posibilidad de nuevos brotes: a través de la hipnosis aprenden a gestionar su atención de un modo más flexible y, en caso necesario, a abstraerse.

Las imágenes ayudan

Los psicoterapeutas proporcionan a sus clientes una gran herramienta: la autohipnosis. El sujeto aprende a dirigir sus propias imágenes, con lo que puede superar por sí mismo situaciones difíciles.

De la sesión que mantuve con Junker para describir en este artículo qué se siente al ser hipnotizado, obtuve también un encargo como terapia: en estado de autohipnosis debía expulsar unas cuantas veces más a la profesora de piano. Después, ya en la vida real, debía interpretar al piano un breve concierto ante mis amigos. Con nervios, esperé a que llegase el día acordado. No estaba del todo convencida de que el «truco» mental me ayudara a mantener la cabeza fría. De hecho, mientras tocaba el piano me sentía nerviosa, aunque esta vez me fue mucho más fácil dar lo mejor de mí misma en dos de mis piezas favoritas. La intensidad del sudor de las manos y del temblor en las piernas había disminuido. Un primer paso para superar el miedo escénico. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 68

PARA SABER MÁS

Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. I. Kirsch et al. en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, págs. 214-220, 1995.

Efficiency of hypnosis: A meta-analytic study. W. Bongartz et al. en *Psychotherapeut*, vol. 47, págs. 67-76, 2002.

EN NUESTRO ARCHIVO

El trance hipnótico. Michael R. Nash en *IyC*, septiembre de 2001.

El hipnotismo y los inicios de la psicoterapia en España. Ángel González de Pablo, *en este mismo número.*

¿Qué es la hipnosis? B. Suarez, en *MyC* n.º 68, 2014.

«El problema actual de la hipnosis es su difusión». Y. Buchholz en *MyC* n.º 68, 2014.

Suscríbete a Mente&Cerebro

Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** de hasta un **21 %** sobre el precio de portada
  ~~41,40 €~~ 35 € por un año (6 números)
  ~~82,80 €~~ 65 € por dos años (12 números)
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción
- **Te regalamos** además un número de la colección Cuadernos a elegir (en formato digital)

GRATIS
un número a elegir de la colección
CUADERNOS

www.investigacionyciencia.es/suscripciones
Teléfono: +34 935 952 368

TERAPIA DE ESQUEMAS Un trastorno psíquico se acompaña a menudo de pensamientos, sentimientos y conductas arraigadas en experiencias de la primera infancia. Una intervención psicoterapéutica puede ayudar a transformar estos esquemas

Terapia de esquemas: la transformación interior

ECKHARD ROEDIGER

Karin S., de 40 años, se siente cansada y vacía. Trabaja como cuidadora de ancianos y es madre de dos adolescentes. Hasta ahora disfrutaba con su empleo, pero desde hace unos meses no le encuentra sentido al trabajo ni a nada. Sus dos hijos, de 14 y 18 años, a los que ha criado sola, se vuelcan cada día más en sus propios intereses. Esta mujer se considera un cero a la izquierda, como si no importara a nadie, como si solo fuera una idiota útil para los demás. «No me ven», piensa. Cierta mañana, un artículo en el periódico le llama la atención.¿El tema? La depresión. Karin S. se ve reflejada en los síntomas que desglosa el texto. Decide pedir ayuda terapéutica.

Entre los diversos tratamientos psicológicos actuales, destacan la terapia conductual, la psicoterapia analítica y la fundamentada en la psicología profunda. La primera se centra en los pensamientos y las conductas disfuncionales del paciente; las dos últimas, en los procesos inconscientes y en el trasfondo biográfico de los problemas psíquicos. Hoy por hoy, muchos terapeutas conductuales recurren a un enfoque que aúna dichos procedimientos: la terapia de esquemas. Este tipo de intervención se remonta a 1990.

En síntesis: Modificar las ideas preconcebidas

1 Numerosas enfermedades mentales descansan en esquemas, es decir, vivencias y modelos de conducta no adaptativos.

2 Aunque estos patrones comportamentales provienen de experiencias de la infancia, pueden ser «sobreescritos» a través de nuevas vivencias. La terapia de esquemas combina las técnicas de la psicología profunda y de la cognitivo-conductual.

3 Los primeros estudios empíricos demuestran la eficacia de este tratamiento, sobre todo en los trastornos de la personalidad. Resta demostrar su éxito en otras enfermedades psíquicas.

NEUFFER-DESIGN

Los terapeutas de esquemas indagan modelos de pensamiento y conducta fijos, entre ellos, la subordinación, la impulsividad y la obsesión compulsiva por el orden.

En esas fechas, Jeffrey E. Young, psiquiatra de la Universidad de Columbia en Nueva York, se inspiró en los conceptos de su colega Aaron T. Beck, uno de los fundadores de la terapia cognitivo-conductual, para crear la terapia de esquemas y tratar con ella los trastornos de la personalidad y la depresión crónica. Según el planteamiento de Beck, las depresiones radican en esquemas cognitivos no adaptativos, es decir, creencias, actitudes y falsas conclusiones que determinan el pensamiento, los sentimientos y la conducta de quien las padece. Unos patrones que, con ayuda de la terapia cognitiva, se podían modificar.

Young estrujó aún más la idea. Propuso que los esquemas no solo abarcan las creencias y las actitudes, sino también los sentimientos, las sensaciones corporales y las conductas que una persona adquiere e interioriza a lo largo de su vida. De esta manera, una persona que no ha recibido durante su infancia una atención suficiente a sus necesidades emocionales básicas (apego seguro o apoyo para desarrollo individual, por ejemplo), muestra las huellas de esas carencias de adulto [*véase* «Del apego temprano al TLP», por Dolores Mosquera y Anabel González; Mente y cerebro n.º 46, 2011]. En palabras del neurólogo Joseph LeDoux, de la Universidad de Nueva York: «[esas experiencias] se graban a fuego en forma de esquemas que, poco a poco, se convierten en estructuras nerviosas diferenciadas».

Para superar las vivencias dolorosas y evitar nuevas experiencias similares, los niños, indica Young, desarrollan reacciones de superación típicas: se someten, se retraen o mitigan sus sentimientos a través del consumo de drogas, entre otros comportamientos. Algunos intentan compensar las vivencias rebelándose contra sus padres o reaccionando con agresividad. Cuando estas conductas dan resultado, se consolidan hasta que, finalmente, se convierten en una especie de llave maestra para solucionar todos los posibles problemas, con lo que se obstruyen experiencias alternativas. Por ese motivo, en la adultez, los afectados ven el mundo, por así decir, como adultos con ojos de niño y reaccionan a su entorno de forma análoga. Lo que un día les protegió de más vivencias dolorosas se convierte en una adaptación errónea.

Efectos de una educación equivocada

La infancia de Karin S. estuvo marcada por una madre dominante; descargaba su mal humor en la hija y apenas se interesaba por ella. «Cuando mi madre se aburría, debía escuchar sus historias. Si me sentaba sobre su re-

gazo, me quitaba de allí de un empujón. Decía que le arrugaba el vestido», recuerda Karin S. Nunca pudo decidir nada por sí misma. De niña quería ganarse el afecto materno, por lo que se esmeraba en hacerlo todo perfecto. Aún hoy se comporta bajo ese principio. También le resulta difícil defender sus propios intereses ante los compañeros de trabajo o amigos. Por lo general, en las discusiones o debates cede con rapidez a fin de evitar posibles conflictos.

Con frecuencia, las personas activamos esquemas determinados que, por nuestra historia de aprendizaje, se hallan vinculados entre sí. Se trata de los modos. Veamos algunos de ellos.

En el modo infantil, las experiencias emocionales de la infancia emergen de nuevo en el presente. Si una madre proporciona protección y afecto a su hijo solo cuando este se muestra sumiso (experiencia que vivió Karin S.), es probable que más adelante, en su juventud o adultez, este sujeto también presente el modo de niño desvalido y abandonado, es decir, de persona sola, insegura y en busca de un afecto incondicional. El modo interior paternal representa la voz interiorizada de los padres (en el caso de Karin S., aparece contenida en mensajes del tipo, «para que te quieran, siempre debes ceder»). En el modo de resolución, los afectados muestran de nuevo la mejor reacción posible de antaño: un compromiso entre las expectativas de los padres y las propias necesidades básicas (la sumisión, para Karin S.).

Entre esos modos básicos, el paciente puede cambiar de uno a otro. Al inicio del tratamiento lo hace de forma inconsciente e involuntaria, pero a lo largo de la terapia aprende a controlar esa propensión. El objetivo final del tratamiento es que la persona consiga establecerse en el modo de adulto sano, es decir, que, bajo una valoración positiva de sí mismo, le resulte posible utilizar de manera flexible las estrategias adecuadas para enfrentarse a los problemas.

¿Cómo procede el psicólogo en la terapia de esquemas? Al comienzo del tratamiento, un análisis de los modos y esquemas facilita al terapeuta las bases para la concepción del caso. En cada sesión volverá una y otra vez sobre estos patrones conductuales y emocionales a fin de que el paciente entienda y ordene los sentimientos que le invaden. Para el análisis, el profesional se vale, además de la entrevista personal, de cuestionarios que incluyen los diversos esquemas a partir de afirmaciones en primera persona.

Karin S. ratifica, sobre todo, las expresiones que refieren al esquema de negligencia emocional. De niña combatía con una conducta de sumisión y abnegación el

Esquemas típicos según Jeffrey E. Young

Ejemplos de conductas paternas concretas y los posibles esquemas que pueden generar estos comportamientos en la psique del hijo.

Padres imprevisibles o indiferentes

- **Temor a perder a las personas allegadas o al abandono.**

Padres hipercríticos

- **Perfeccionismo y reglas rígidas que deben satisfacer a todos.**

Padres sobreprotectores

- **Sentimiento de indefensión en la rutina diaria y de depender de los demás.**

Padres pesimistas

- **Negativismo, continuo estado de alerta y preocupación.**

Padres demasiado permisivos

- **Creencia de estar por encima de otras personas y no tener que cumplir las normas.**

Padres chantajistas emocionales

- **Subordinación y sometimiento a los deseos y opiniones de los demás.**

Padres que no orientan al esfuerzo ni a la reflexión

- **Incapacidad de soportar sentimientos desagradables y de controlar los impulsos.**

NEUFFER-DESIGN

Adaptado de *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeits-Störung.* A. Arntz. Beltz, Weinheim, 2010

sentimiento de abandono que le producía la relación con su madre y que le resultaba difícil de soportar. Durante años ha mitigado de este modo su miedo al repudio materno. Ya de adulta, a menudo se siente explotada; sin embargo, cuando emprende los primeros pasos para satisfacer sus propias necesidades, aparecen sus padres interiores: «Si actúas de esta forma, nunca gustarás a nadie».

Confrontación empática

Para romper ese patrón, los terapeutas de esquemas recurren a las técnicas activadoras de experiencias, entre estas, los ejercicios de imaginación. Con los ojos cerrados, la paciente rememora vivencias de la infancia que evocan los mismos sentimientos que experimenta aún hoy cuando se encuentra en contacto con su madre. Incluso a través de la representación mental, Karin S. se muestra incapaz de oponer resistencia a la figura materna. A continuación, el terapeuta le propone reescribir la escena. Debe imaginarse que su madre trata mal a su hija. En seguida crece el sentimiento de rabia en Karin S., lo que la ayuda a poner límites.

Para estos ejercicios se requiere la presencia y la ayuda de un terapeuta. De esta manera, los pacientes experimentan el apoyo que habían deseado y necesitado en la infancia. Este principio de «reparentalización» constituye una de las piedras angulares de la terapia de esquemas: una especie de segunda vía educacional para la vida y para la configuración positiva de las relaciones sociales.

Con este objetivo, debe construirse una relación sólida entre paciente y terapeuta, ya que solo entonces el primero se sentirá preparado para admitir la activación de sus esquemas. De modo progresivo, el psicólogo irá requiriendo al sujeto que busque soluciones de manera autónoma y asuma su propia responsabilidad, tal como los padres actúan con sus hijos. Con todo, resulta esencial que el profesional actúe con un tacto y una atención especiales a fin de evitar excesivas exigencias que puedan resultar adversas. Si el paciente recae en viejos patrones de pensamiento y conducta, el terapeuta lo advierte.

La confrontación empática, es decir, la comprensión y la validación continua de los sentimientos del individuo, equilibra la reparentalización inicial, de manera que el paciente puede terminar la terapia como adulto independiente y sano.

A diferencia de la mayoría de los defensores de los procedimientos de la psicología profunda, sobre todo del psicoanálisis, los profesionales de la terapia de esquemas ofrecen consuelo, proponen soluciones y pueden sugerir contacto por correo electrónico entre sesión y sesión. Asimismo, puede aportar de manera dosificada experiencias propias; también deben señalar sus limitaciones personales cuando sea necesario. Por lo general, los pacientes aceptan mejor este tipo de trato que la referencia a directrices de tratamiento formales. De esta manera, los terapeutas les sirven como una suerte de modelo en relación a la posibilidad de confiar en las otras personas, así como de defenderse y establecer ciertos límites en la relación con los demás.

Entre los métodos para activar las vivencias del individuo destaca, además del ejercicio de imaginación descrito anteriormente, la técnica del diálogo en varias sillas. El terapeuta de Karin S. recurre a dicha estrategia cuando, en el transcurso del tratamiento, la mujer exhibe sentimientos de culpa (la protesta de los «padres interiores»). De forma simbólica, sienta a sus hijos y a sus padres en unas sillas de la consulta; Karin S. se acomoda en una tercera. Desde esa situación, la paciente explica a sus «padres interiores», en un modo de adulto sano, que se liberaba de ellos para poder llevar una vida autónoma y feliz. El método de las sillas le propicia un cambio de perspectiva, que la impele a una conducta nueva hasta entonces para ella: la de abogar por sus propias necesidades.

Con el objetivo de que tal comportamiento se fije en la memoria de la paciente, el terapeuta procura ensayarlo, en sesiones posteriores, con otras situaciones en las que la mujer había evitado hasta entonces el conflicto. El siguiente paso consiste en llevar la práctica a la realidad, es decir, trasladar la experiencia de las paredes de la consulta a la rutina diaria.

Los conflictos inminentes todavía despiertan en Karin S. fuertes temores, mas, con la asistencia del terapeuta, aprende a contener estos sentimientos. Reconoce que el miedo le ha acompañado durante toda su vida y le ha

EN BREVE

ESQUEMAS COGNITIVOS

Son creencias que construimos acerca de nosotros mismos, de otras personas o del mundo en general. Numerosas alteraciones psíquicas se basan en convencimientos disfuncionales.

¿CÓMO SE REGISTRAN LOS ESQUEMAS?

El Cuestionario de esquemas de Jeffrey E. Young, de la Universidad de Columbia en Nueva York, determina el modelo de experiencia y conducta mediante 90 afirmaciones. Entre ellas: «Soy una buena persona si primero pienso en los demás y luego en mí mismo».

EL AUTOR

Eckhard Roediger es doctor en medicina y médico especialista en neurología, psiquiatría y medicina psicoterapéutica. Es fundador y director del Instituto para la terapia de esquemas de Fráncfort del Meno.

impedido una vida autodeterminada. Ese conocimiento la motiva a permanecer en el modo de adulto. Los resultados de los «experimentos conductuales» en su rutina los anota en un diario y los comenta en las siguientes sesiones terapéuticas (cuenta, por ejemplo, que se resistió a asumir el turno de fin de semana de una compañera enferma y que, para su sorpresa, el entorno no reaccionó tan negativamente como esperaba).

Desviar los pensamientos

El entrenamiento y los experimentos conductuales, así como la modificación de esquemas cognitivos, forman parte de la clásica terapia cognitivo-conductual. Su eficacia, en especial en el tratamiento de la depresión, ha sido comprobada repetidas veces. El equipo dirigido por David Dozois, de la Universidad Occidental de Ontario, demostró en 2009 que el procedimiento influye de manera positiva en el modo de pensar de sujetos con depresión. Al final de la terapia, los participantes manifestaban una disminución de sus actitudes disfuncionales (entre ellas, una autoexigencia perfeccionista).

En los numerosos estudios de validez de la terapia de esquemas, los investigadores trabajan con probandos que padecen algún trastorno de la personalidad. Se trata de pacientes especialmente apropiados para estos trabajos, puesto que el criterio principal de diagnóstico estriba en un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas rígido e inadaptado. En el caso concreto del trastorno límite de la personalidad (TLP), los sujetos cambian a menudo entre estados emocionales que se pueden clasificar en los modos de la terapia de esquemas.

En 2006, Arnoud Arntz, de la Universidad de Maastricht, y su equipo compararon la eficacia de la terapia de esquemas con el psicoanálisis. Contaron con la participación de 88 personas con trastorno límite de la personalidad. Después de tres años de tratamiento, más del doble de los pacientes que habían asistido a una terapia de esquemas superaron su trastorno en comparación con los del otro grupo. Arntz atribuye el resultado, entre otros motivos, a la distinta forma de configuración relacional de las intervenciones. Así, en el marco de la terapia de esquemas, tanto el terapeuta como el paciente valoraron mejor su mutua relación que aquellos que habían participado en el tratamiento de base psicoanalítica. Además, el número de individuos que interrumpieron el proceso fue mayor en este último caso.

Fases del proceso terapéutico

1. Se construye una relación sólida entre paciente y terapeuta; este último establece un diagnóstico y la concepción psicopatológica del caso.

2. Se averigua, a lo largo de las sesiones, la activación emocional y su asociación con experiencias relacionales tempranas.

3. Se elaboran las competencias de resolución mediante la activación y la modificación de esquemas en el presente.

4. El paciente traslada las nuevas experiencias a su rutina diaria y practica el desapego del terapeuta.

Los cuatro modos

1. Modo infantil: La experiencia emocional procede del interior, como la que muestran los niños.

2. Modo interior paternal: Una especie de voz interior repite aquello que los padres u otras personas de referencia manifestaban en el pasado.

3. Modo de resolución: Reproduce la mejor reacción posible durante la infancia a condiciones vitales de entonces; por lo común, se trata de un compromiso entre las propias necesidades básicas y las demandas del entorno.

4. Modo de adulto sano: Se dispone de posibilidades de superación flexibles y variadas, las cuales se manejan con una valoración positiva de uno mismo.

La terapia breve

En el estudio descrito, la terapia de esquemas constaba de dos sesiones por semana y asistencia telefónica en caso de crisis. En 2009, el grupo de Arntz decidió analizar una versión reducida del tratamiento. Constataron que no resulta necesario ejecutar un gran despliegue de medios: tanto con como sin asistencia telefónica para las crisis, alrededor del 42 por ciento de los pacientes con TLP no presentaban los criterios de diagnóstico del trastorno tras año y medio de terapia. De forma similar, tras un promedio de 69 sesiones, los resultados eran favorables.

También la terapia de esquemas llevada a cabo en grupo se revela prometedora. Joan Farrell, de la Universidad de Indiana en Indianápolis, informó en 2009 que las pacientes con TLP sacaban provecho si trabajaban de manera conjunta sus problemas. Para confirmarlo, propuso de manera aleatoria a 16 de un total de 32 mujeres que habían terminado un tratamiento individual la posibilidad de participar en 30 sesiones adicionales de terapia de esquemas en grupo. Ocho meses después, el 94 por ciento de ellas no cumplía los criterios del trastorno, porcentaje que solo alcanzaba un 16 por ciento en las otras pacientes. Además, mientras que cuatro participantes habían abandonado la terapia individual, ninguna interrumpió su participación en las sesiones adicionales de terapia de esquemas. Con todo, tales resultados deben comprobarse mediante una muestra mayor.

Llegados a este punto, puede que surja la siguiente pregunta: ¿para qué trastornos resulta más apropiada la terapia de esquemas? Arntz desaconseja emplear el procedimiento en pacientes con psicosis, autismo, síndrome de Asperger o trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En el caso de alcoholismo o drogadicción se requiere de una desintoxicación previa. Samuel Ball, de la Universidad de Yale en New Haven, evaluó una forma breve de terapia de esquemas —en torno a una sesión semanal durante medio año— a través de numerosos pequeños estudios con personas alcohólicas y heroinómanas tras su desintoxicación. Descubrió que la terapia de esquemas mostraba un éxito similar al del procedimiento estándar, es decir, a un asesoramiento contra adicciones. En algunos criterios, una era mejor que otra; en otros, a la inversa. Por otro lado, escasean las investigaciones determinantes sobre la eficacia de la terapia de esquemas en enfermedades psíquicas como los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria o los obsesivo-compulsivos.

La depresión de Karin S. se fundamentaba en un trastorno dependiente de la personalidad. Al final consiguió salir del rígido patrón de su consciencia limitada y de su condescendencia. Las investigaciones en curso mostrarán en qué medida el éxito de la terapia de esquemas se reflejan en grandes muestras de la población. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 64

PARA SABER MÁS

Comparing individual therapies for personality disordered opioid patients. S. A. Ball en *Journal of Personality Disorders*, vol. 21, págs. 305-321, 2007.

A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. J. Farrell et al. en *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 40, págs. 317-328, 2009.

Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in general mental health care. M. Nadort et al. en *Behaviour Research and Therapy*, vol. 47, págs. 938-945, 2009.

Was ist Schematherapie? Eine Einführung in Grundlagen, Modell und Anwendung. E. Roediger. Junfermann, Paderborn, 2009.

Fortschritte der Schematherapie. E. Roediger y G. Jacob. Hogrefe, Gotinga, 2010.

Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elerdy. S.Kindynis, S. Burlacu et al. en *L'Encephale*, vol. 39, n.º 6, 2013.

Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. G. A. Sempértegui, A. Karreman, A. Arntz et al. en *Clinical Psychology Review*, vol. 33, n.º 3, págs. 426-447, 2013.

SciLogs

www.scilogs.es

La mayor red de blogs de investigadores científicos

Artificial, naturalmente
La ciencia de los fenómenos cotidianos
Claudi Mans Teixidó
Universidad de Barcelona

Cuantos completos
Tecnologías cuánticas y mucho más
Carlos Sabín
Instituto de Física Fundamental del CSIC

De la Tierra al espacio
Planetología y astrobiología
Jesús Martínez Frías
Instituto de Geociencias (CSIC - UCM)

Materia blanda
Física experimental
Ángel Garcimartín Montero
Universidad de Navarra

Perspectiva de Física y Universidad
Política científica, gran ciencia y mundo académico
Ramón Pascual de Sans
Universidad Autónoma de Barcelona

Neurociencia computacional
Inteligencia artificial para la psicología y la neurociencia
Carlos Pelta
Universidad Complutense de Madrid

Y muchos más...

¿Eres investigador y te gustaría unirte a SciLogs?
Envía tu propuesta a **redaccion@investigacionyciencia.es**

TCC En la actualidad, la psicoterapia mejor estudiada es la cognitivo-conductual. Mediante neuroimagen se averigua por qué ayuda a aliviar los trastornos depresivos en un gran número de pacientes

Tras el éxito de la terapia cognitivo-conductual

EMILY ANTHES

La vida de Anna* comenzó a descarrilar en 2005, cuando su marido, tras 30 años de convivencia, le anunció que se había enamorado de otra mujer «Nunca me imaginé que mi matrimonio fracasaría algún día», recuerda esta abogada jubilada, quien por aquella época vivía en Filadelfia. «La noticia me impactó.»

Unos meses después del inesperado acaecimiento, Anna ya no quería levantarse de la cama. Siempre estaba cansada y los pensamientos negativos la consumían: «No valgo para nada; lo he estropeado todo; es culpa mía». Necesitaba ayuda. Su primer terapeuta la aburría; además, los antidepresivos que le recetaba hacían que se sintiera todavía más agotada. Hasta que conoció a Cory Newman, profesor de psicología y director del Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pensilvania, quien utilizaba un método de terapia distinto. Anna aprendió a obsesionarse menos con los contratiempos y a conceder más crédito a sus triunfos. «Me ayudó mucho hablar con alguien que condujera mis pensamientos en una dirección más positiva», recuerda.

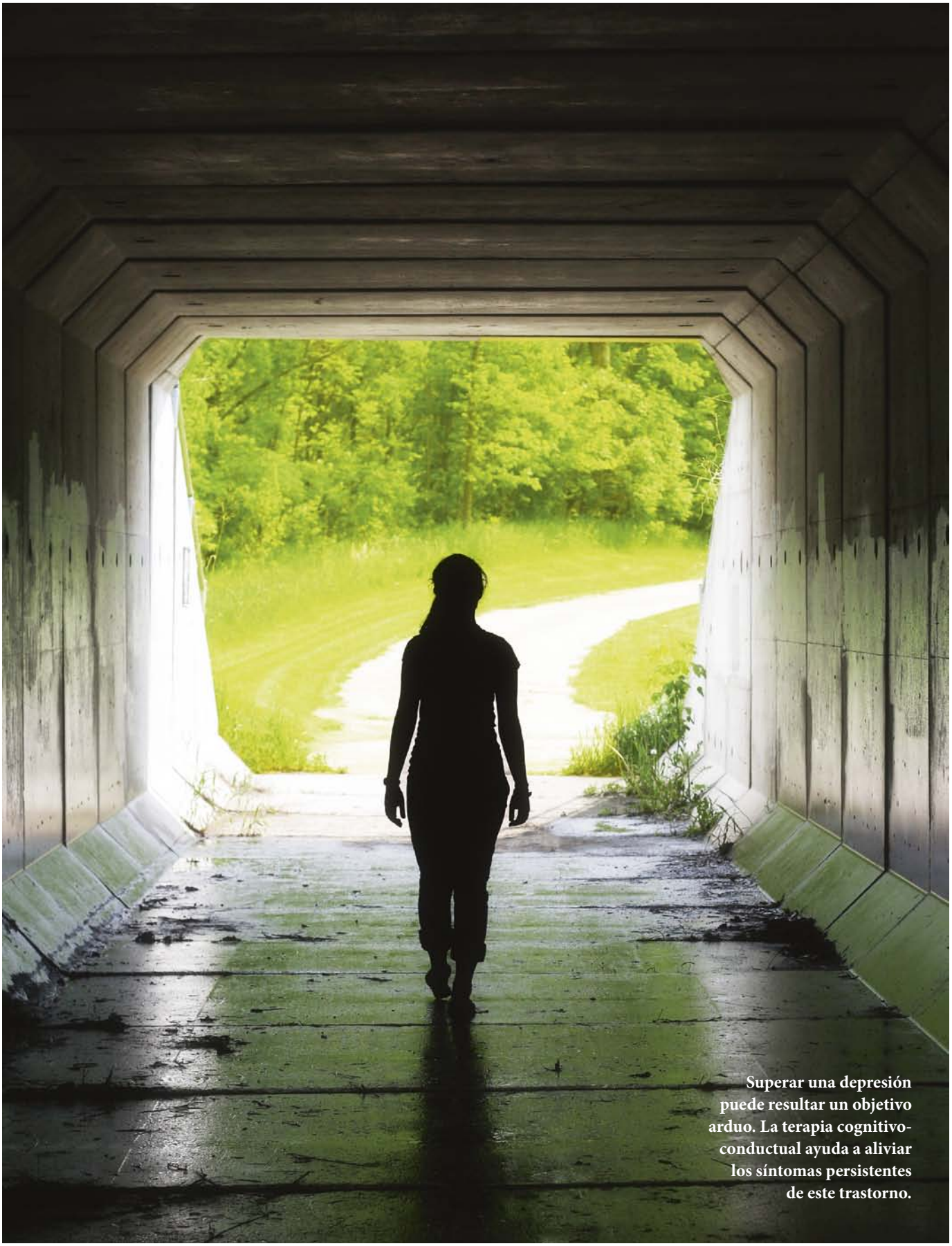
El objetivo de la terapia cognitivo-conductual (TCC) es ayudar al paciente a que identifique y transforme los patrones de pensamiento negativos y autodestructivos que presenta. Pese a que este método psicoterapéutico no funciona para todas las personas con depresión, numerosos estudios confirman los buenos resultados en el tratamiento de los trastornos depresivos. «La terapia cognitivo-conductual constituye una historia de éxito dentro de la psicoterapia», sostiene Stefan Hofmann, psicólogo de la Universidad de Boston en Massachusetts.

Los antidepresivos suelen ser la primera elección en el tratamiento de la depresión. Se consideran un remedio rápido y barato. Sin embargo, los ensayos clínicos revelan que únicamente entre el 20 y el 40 por ciento de los pacientes superan el trastorno solo con el uso de fármacos. Se requiere combinar las terapias.

A pesar de que existen diversos métodos psicoterapéuticos, la investigación se ha centrado en el estudio de la terapia cognitivo-conductual. Un metanálisis publicado en 2014 reveló que, dependiendo de cómo medían los científicos los datos obtenidos, entre el 40 y el 66 por ciento de los pacientes ya no cumplían los criterios para el diagnóstico de una depresión después de la terapia.

No obstante, los mecanismos que permiten que la TCC funcione permanecen en la sombra. Por una parte, la

* Nombres alterados por la redacción.



Superar una depresión puede resultar un objetivo arduo. La terapia cognitivo-conductual ayuda a aliviar los síntomas persistentes de este trastorno.

THINKSTOCK / JENAPHOTOGRAPHER

depresión es un trastorno complejo que se manifiesta de maneras muy diversas. Por otra, la TCC es polifacética. Entre otras técnicas, incluye sesiones de conversación, cuyo contenido varía de un terapeuta a otro y de un paciente al siguiente. Para conocer con detalle el modo en que dicha terapia influye en el cerebro se requieren estudios difíciles de llevar a la práctica y de costear. Hoy en día, los investigadores están empezando a reunir respuestas a partir de la psicología clínica y las técnicas de neuroimagen. Conocer más a fondo por qué este tratamiento funciona o fracasa en algunos pacientes podría contribuir a optimizarlo. «Si no comprendemos los ingredientes activos, será difícil mejorar el tratamiento», señala Daniel Strunk, de la Universidad Estatal de Ohio en Columbus. «Pero si entendemos el mecanismo, quizá logremos adaptar la terapia a las características de cada paciente.»

La TCC abarca una serie de estrategias basadas en la premisa de que las personas con depresión presentan creencias excesivamente negativas, con frecuencia imprecisas, sobre sí mismas y el entorno. Esta psicoterapia se ha diseñado con el fin de que adquiera las habilidades que necesita para convertirse en su propio terapeuta a partir del análisis crítico de sus creencias negativas, señala Strunk. Dicho de otro modo, al corregir la manera de pensar, el paciente consigue superar la depresión.

A primera vista, los resultados respaldan la teoría. «Existen docenas de estudios que revelan que las personas tratadas con terapia cognitivo-conductual, una vez sus síntomas han disminuido, presentan menos pensamientos negativos», afirma Robert DeRubeis, de la Universidad de Pensilvania. Y añade: «Es tan fácil de demostrar como que la gravedad existe.»

El debate científico en torno a la TCC se centra en los mecanismos de la terapia. Las personas que han seguido un tratamiento con farmacoterapia combinada con alguna psicoterapia también exteriorizan más pensamientos positivos cuando se recuperan. ¿Logra la modificación del patrón de pensamiento la remisión del trastorno depresivo? ¿O la terapia alivia la depresión porque ayuda a que las personas construyan un vínculo con el terapeuta, de modo que el pensamiento positivo es consecuencia de la mejora de su salud mental?

El estudio de los mecanismos

Para abordar la cuestión, los investigadores han averiguado si el cambio en el pensamiento precede y predice la mejora de la salud mental. «Al finalizar el tratamiento, muchos aspectos mejoran», explica Strunk. «Lo que pretendemos es adentrarnos en el momento en que alguien experimenta un cambio positivo gracias a la terapia y tratar de entender qué es lo que se modifica en ese instante.»

Se investiga por qué la terapia cognitivo-conductual surte efecto solo en algunas personas

La investigación que llevan a cabo DeRubeis y sus colaboradores ha revelado que muchos de los adultos depresivos que son tratados con terapia cognitivo-conductual experimentan «beneficios repentinos», es decir, una reducción notable de los síntomas entre una sesión terapéutica y la siguiente. Dichos cambios súbitos supusieron algo más de la mitad de la mejoría global de los pacientes a lo largo de la terapia.

Los historiales de la sesión terapéutica previa a ese cambio apuntan a que el pensamiento del afectado se reconduce más en ese momento que en otros episodios del tratamiento. «Los pacientes hablan de un cambio de mentalidad con relación a numerosos pensamientos negativos y exagerados con los que afrontaban antes su vida», apunta DeRubeis. El hecho de que comiencen a exteriorizar esas modificaciones cognitivas justo antes de que sus síntomas sufran una mejoría sugiere que alterar el estilo de razonamiento de una persona puede conducir per se a la recuperación.

También se ha comprobado que el aprendizaje de habilidades de afrontamiento constituye el camino más importante hacia el cambio cognitivo que proporciona la TCC. «La destreza central consiste en detectar los pensamientos en el momento en que el estado de ánimo presenta un giro hacia un humor negativo y estudiarlos con detenimiento», explica Strunk. En la TCC, los terapeutas acostumbran a pedir a los pacientes que controlen sus propios pensamientos. Anna ejercía de profesora voluntaria cuando inició la terapia. Con frecuencia com-

En síntesis: Efectos cerebrales de la TCC

1 Junto a los antidepresivos, médicos y psicólogos aconsejan la terapia cognitivo-conductual (TCC) para superar la depresión.

2 Según las investigaciones, la TCC ayuda a que los pacientes depresivos modifiquen sus pensamientos negativos y a que decrezcan los síntomas del trastorno.

3 Los mecanismos por los que esta psicoterapia resulta beneficiosa se desconocen todavía. Las primeras investigaciones sugieren que la TCC aumenta la actividad de la corteza prefrontal. Esta, a su vez, amortigua la actividad neuronal en la amígdala, área que facilita las emociones negativas.

paraba sus competencias como docente con las de otro voluntario, pensamientos que le hacían sentir que no encajaba. El terapeuta de Anna le pidió que describiese el trabajo que ella y el otro profesor llevaban a cabo durante las clases. «Cuando razoné sobre ello, me di cuenta de que ambos teníamos buenos y malos momentos», recuerda Anna. «Antes focalizaba mi atención en aspectos negativos de mí misma y en características positivas de la otra persona.»

La exabogada finalizó con éxito la terapia. Hoy, cuando le vuelven ese tipo de pensamientos, sabe identificarlos y examinarlos para determinar si está llegando a conclusiones poco realistas. «No es que no tenga más pensamientos negativos», confiesa, «pero ya no soy una víctima de ellos».

Strunk y sus colaboradores constatan que desarrollar habilidades de afrontamiento cognitivo disminuye los síntomas depresivos, a pesar de que las creencias negativas persistan. Una vez el sujeto ha aprendido esas destrezas, puede ponerlas en práctica en cualquier momento de su vida. Ello podría explicar por qué los beneficios de la TCC resultan duraderos incluso una vez finalizada la terapia, fenómeno que no se ha constatado con el tratamiento mediante antidepresivos. Tampoco existen muchos datos sobre si otras psicoterapias ejercen un efecto similar.

Algunos investigadores se han servido de los estudios mediante neuroimagen para comprender mejor los mecanismos que subyacen a la terapia cognitivo-conductual. Las personas depresivas suelen mostrar diferencias en dos sistemas cerebrales primarios: la corteza prefrontal, responsable de capacidades mentales complejas, como el autocontrol y la planificación, y el sistema límbico, que incluye la amígdala, involucrada en el procesamiento emocional. En sujetos sanos, la corteza prefrontal es capaz de inhibir la actividad de la amígdala, manteniendo el control de las emociones. Sin embargo, en numerosos individuos con depresión, la corteza prefrontal parece menos activa. «Las personas con depresión disponen de una amígdala que se podría describir como de disparador fácil», comenta Greg Siegle, neurocientífico de la Universidad de Pittsburgh en Pensilvania.

La TCC puede corregir esos problemas. En 2007, Siegle explicaba en un estudio llevado a cabo a partir de imágenes por resonancia magnética funcional (RMf) que los adultos con trastorno depresivo manifestaban una actividad neuronal elevada en la amígdala cuando realizaban una tarea emocional. Si se les pedía que resolvieran una actividad cognitiva, la activación en su corteza prefrontal dorsolateral descendía. A partir del seguimiento de nueve sujetos que habían participado durante 14 semanas en sesiones de terapia cognitivo-conductual halló que la situación se revertía casi por completo.

«Los datos obtenidos por neuroimagen resultan esperanzadores», señala Timothy Strauman, psicólogo de la Universidad Duke en Durham, quien ha obtenido resultados similares. «Obtuvimos los cambios que esperábamos.»

Los investigadores estiman que la TCC centrada en el control de los pensamientos reactiva la corteza prefrontal hipoactiva, proceso que, a su vez, ayuda a reducir la hiperactividad del sistema límbico. «La terapia cognitivo-conductual enseña al paciente a intervenir y sacar partido de la corteza prefrontal en lugar de dejar que las emociones se apoderen de él», detalla Siegle.

Con todo, los resultados deben considerarse con prudencia. No solo se altera la actividad de la corteza prefrontal y la amígdala en la depresión; tampoco son estas áreas las únicas sobre las que actúa la psicoterapia. De momento, los estudios son todavía escasos y, en ocasiones, contradictorios. «Mi postura al respecto es siempre prudente, pues no disponemos de suficientes estudios», indica Cynthia Fu, de la Universidad del Este de Londres. Según argumenta, existen entre tres y cuatro veces más estudios de neuroimagen relacionados con el uso de antidepresivos que con la psicoterapia. «Se trata de un campo de estudio nuevo, en el que los investigadores emplean actividades diferentes y llevan a cabo escáneres en momentos distintos. Esa diversidad puede conducir a una variedad de resultados.»

Preguntas y respuestas complejas

Del mismo modo que ocurre con la modificación de los pensamientos negativos, no está claro si las alteraciones neurológicas son causa o consecuencia de la recuperación. Con el fin averiguarlo, los científicos deben obtener neuroimágenes de los pacientes en repetidas ocasiones a lo largo de la terapia. En otras palabras, deben realizar un seguimiento de las alteraciones en la actividad cerebral y determinar si revelan una mejoría.

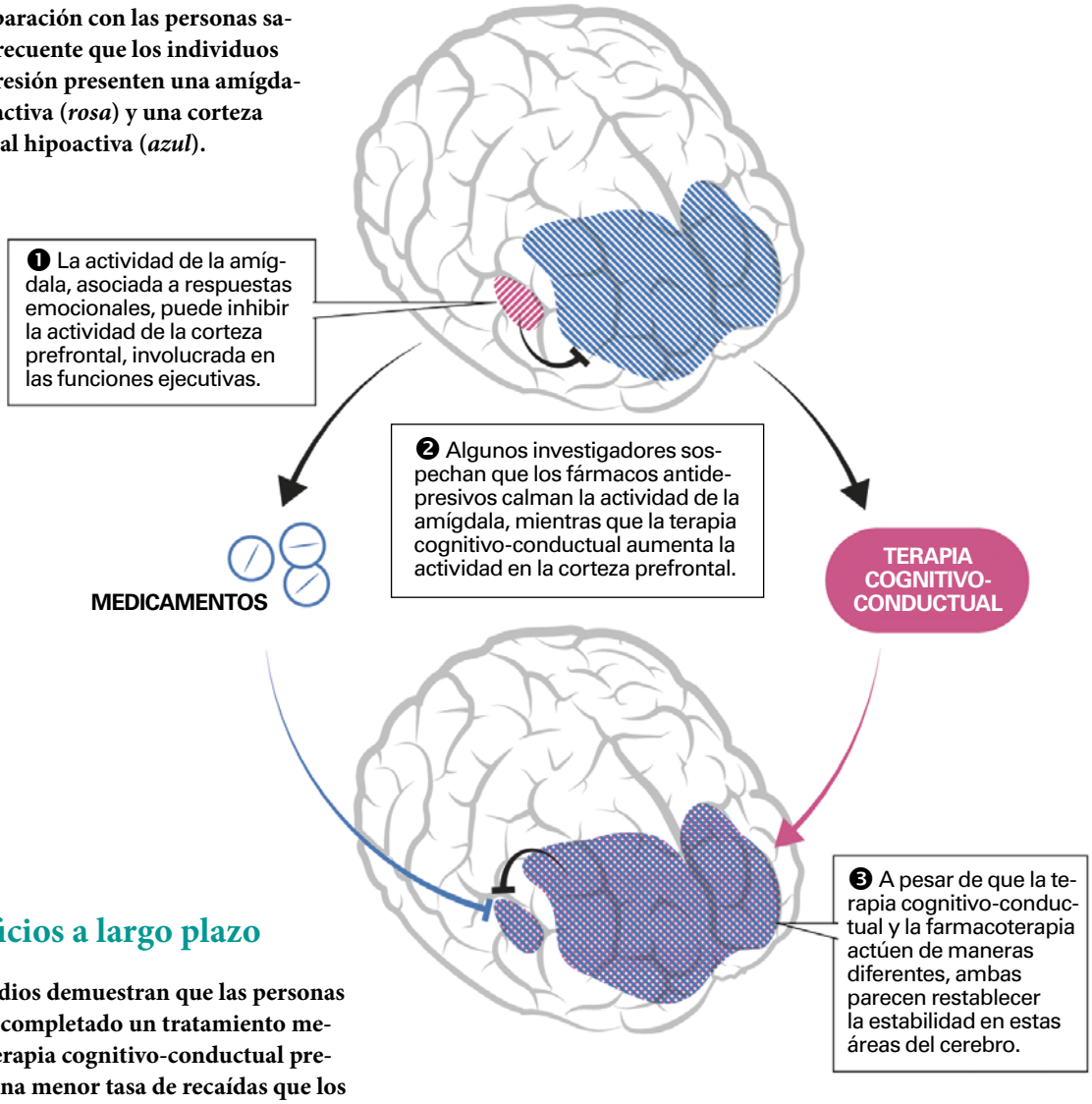
Ese tipo de investigaciones son caras, necesitan tiempo y resultan pesadas para los pacientes. Además, por regla general, los científicos afirman que puede ser más difícil estudiar la terapia cognitivo-conductual que los antidepresivos, puesto que en la primera existen más factores de sesgo: los terapeutas y las sesiones pueden variar ampliamente unos de otros. También resulta complicado administrar un placebo. Los científicos pueden comparar sujetos que participan en una TCC con otros a los que, de forma aleatoria, se han asignado al grupo de medicación o de placebo, o a una la lista de espera para recibir tratamiento. Asimismo, pueden emplear un grupo de control, cuyos miembros reciben consejos generales; sin embargo, resulta imposible controlar el estu-

LA AUTORA

Emily Anthes es periodista científica.

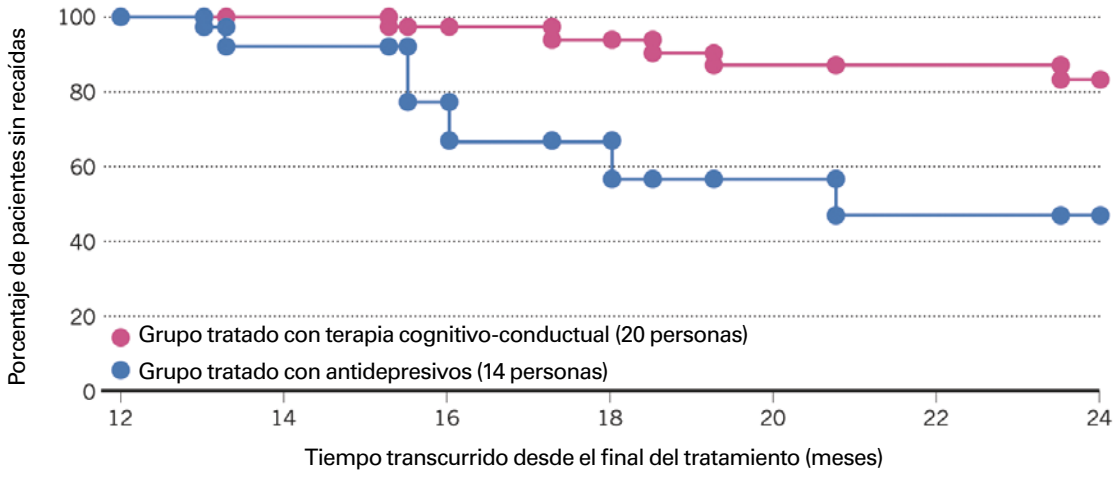
Comportamiento deseable

En comparación con las personas sanas, es frecuente que los individuos con depresión presenten una amígdala hiperactiva (*rosa*) y una corteza prefrontal hipoactiva (*azul*).



Beneficios a largo plazo

Los estudios demuestran que las personas que han completado un tratamiento mediante terapia cognitivo-conductual presentan una menor tasa de recaídas que los que dejan de tomar antidepresivos.



Fuente: Brains, REF. 6; gráfico, S. D. Hollon et al. en *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, págs. 417-411, 2005

dio por completo, puesto que los terapeutas saben qué participantes reciben cada tratamiento. Otro reto consiste en conseguir financiación. «Es como la lucha entre David y Goliat», describe Strunk. «Existen compañías farmacéuticas que producen antidepresivos y están involucradas en los estudios, los cuales disponen de una financiación considerable.»

En la actualidad, los investigadores se preguntan por qué la TCC funciona solo en algunas personas. La respuesta les permitiría identificar a aquellos sujetos que podrían responder mejor al tratamiento. «Se llevan a cabo muchas pruebas de ensayo y error», admite Lena Quilty, psicóloga del Centro de Adicciones y Salud Mental en Toronto. Cada tratamiento fallido puede provocar que la persona sufra más y que, con ello, aumente el coste de la atención médica necesaria para su recuperación.

Con todo, factores clínicos y demográficos parecen predecir si una persona responderá al tratamiento farmacológico o a la terapia cognitivo-conductual. En los sujetos con trastorno de personalidad comórbido a la depresión, los antidepresivos suelen obtener mejor resultado que la TCC. En cambio, las personas casadas parecen beneficiarse más de la psicoterapia que de la medicación.

Los expertos han comenzado a buscar patrones de actividad cerebral que permitan identificar en qué grado responde un sujeto a la terapia cognitivo-conductual. En un estudio publicado en 2013, la neuróloga Helen Mayberg, junto con sus colaboradores de la Universidad Emory, midió el metabolismo de la glucosa en el cerebro de 82 adultos con depresión mediante tomografía por emisión de positrones. Repartieron, de forma aleatoria, a los participantes en diversos grupos: unos recibían tratamiento, bien TCC, bien antidepresivos de tipo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, durante 12 semanas. Las personas con un elevado nivel de actividad en la ínsula anterior derecha (región cerebral que comunica la amígdala y la corteza prefrontal) respondían mejor a los fármacos.

Aún no se conoce por qué. «La red cerebral que falla en la depresión es dinámica», apunta Mayberg. «Dichos sistemas se alteran de diferente manera en los sujetos que responden a distintos tratamientos.» La TCC puede ayudar a reparar algunos problemas, mientras que los medicamentos contribuyen a resolver otros.

Las técnicas de neuroimagen todavía no resultan una herramienta práctica para identificar la mejor opción de tratamiento, por lo que los científicos trabajan en otros enfoques. En 2011, Siegle y sus colaboradores confirmaron que se puede usar la pupila del ojo como «ventana» al cerebro. Mostraron palabras negativas a adultos con depresión; observaron que los sujetos a los que las pupilas apenas se les dilataban presentaban una actividad neuronal reducida en algunas áreas de la corteza prefrontal. Al parecer, estos pacientes se beneficiarían más de la TCC que los individuos que manifestaban una mayor dilatación pupilar.

En la práctica, deben considerarse numerosos factores, incluido el estado civil de la persona, su actividad cerebral y la genética, si se quiere diseñar tratamientos personalizados y adecuados. Un pequeño número de investigaciones señala que los individuos con secuencias genéticas determinadas presentan mayor probabilidad de responder a la TCC que otros.

Es probable que los científicos deban ampliar sus conocimientos acerca de la depresión, en todas sus formas y manifestaciones, antes de poder comprender cómo actúa la terapia cognitivo-conductual y quién puede beneficiarse de ella. Strauman se muestra optimista respecto a la proliferación de colaboraciones entre neurocientíficos y psicólogos clínicos. «Por fin estamos en el núcleo de la cuestión, donde la complejidad de nuestro pensamiento encaja con la complejidad del trastorno», concluye. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 74

Artículo original publicado en *Nature*, vol. 515, págs. 185-187, 2014
Traducido con el permiso de Macmillan Publishers Ltd.
© 2019
Con la colaboración de nature

PARA SABER MÁS

Neural correlates of emotional processing in depression: changes with cognitive behavioral therapy and predictors of treatment response. M. Ritchey et al. en *Journal of Psychiatric Research*, vol. 45, págs. 577-587, 2011.

Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. C. L. McGrath et al. en *JAMA Psychiatry*, vol. 70, págs. 821-829, 2013.

The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. P. Cuijpers et al. en *Journal of Affective Disorders*, vol. 159, págs. 118-126, 2014.

What changes in cognitive therapy for depression? An examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. A. Adler, D. R. Strunk y R. H. Fazio en *Behavior Therapy*, vol. 46, págs. 96-109, 2015.

EN NUESTRO ARCHIVO

Neurobiología de la depresión. Charles B. Nemeroff en *IyC*, agosto de 1998.

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES Los niños con problemas de apego e inseguridad ganan confianza con la asistencia terapéutica de un perro

Coterapeutas peludos

KURT KOTRSCHAL

A menudo, los niños con problemas para relacionarse se abren con mayor facilidad ante la presencia de un perro.

GETTY IMAGES /VASYL DOLMATOV / ISTOCK

Un buen día, se produjo un fortuito y acertado encuentro en la consulta del psicólogo infantil Boris Levinson: uno de sus pacientes, un niño de nueve años extremadamente introvertido que no hablaba con nadie, acudió demasiado pronto a la cita. Se encontró en la consulta a *Jingles*, el perro de Levinson. Enseguida, el joven comenzó a hablar de manera entusiasta con el animal. En el transcurso de la sesión, también se mostró extrañamente abierto y lleno de confianza. Desde entonces, el terapeuta se llevó más a menudo al golden retriever al trabajo. En su libro *Pet-oriented child psychology*, de 1969, el psicólogo dio a conocer el sorprendente efecto del animal sobre sus jóvenes pacientes.

Antes de Levinson ya se habían dado experiencias similares. Al parecer, Sigmund Freud (1856-1939) debió llevar con regularidad a las sesiones de terapia a *Jofie*, una hembra chow chow. Como comprobó el padre del psicoanálisis, la presencia de la perra tranquilizaba a sus pacientes.

La inclinación de los humanos a establecer relaciones emocionales con los animales emana de la evolución: dado que nuestra historia filogenética transcurrió de manera continua, no a saltos, compartimos con perros y gatos mecanismos psicológicos y cognitivos, así como estructuras cerebrales relacionadas con la conducta social. Además, nuestra larga existencia cazadora-recolectora nos convierte en «biófilos». Con este término, el biólogo Edward Osborne Wilson describió en los años ochenta del siglo xx la tendencia de *Homo sapiens* a convivir con animales y a mostrar un interés casi instintivo por la naturaleza. Tal y como el zoólogo James Serpell supuso, más o menos por las mismas fechas, los animales podían servir como «puerta de entrada» al subconsciente humano y a sus emociones.

Hoy en día, existen múltiples formas de terapia basadas en la ayuda de coterapeutas animales, a pesar de las burlas iniciales. Cuando Levinson informó en 1961 de sus conocimientos durante un congreso, los psicólogos allí presentes reaccionaron con escepticismo. Con los años, la terapia asistida con animales comenzó a aplicarse cada vez más en instituciones mentales, residencias para la tercera edad, hospitales y prisiones de Austria y Alemania.

También la investigación avala la eficacia de este tipo de métodos, si bien todavía resulta escasa. Janelle Nimer y Brad Lundahl, de la Universidad de Utah, compendiaron en 2007 numerosos estudios para un metanálisis, y comprobaron que los animales contribuyen en el tratamiento de pacientes traumatizados.

Junto con Andrea Beetz y Henri Julius, de la Universidad de Rostock, llevamos a cabo un estudio en el que expusimos a una situación de estrés social a cerca de 80 jóvenes con edades comprendidas entre los 7 y 12 años y que presentaban patrones relacionales inseguros o desorganizados. En su mayoría, habían sufrido experiencias familiares de violencia, pérdida o desatención.

Caricias contra el estrés

Después de una fase de adaptación, pedimos a nuestros participantes que explicaran una historia hasta el final y que resolvieran unas actividades de cálculo mental en presencia de dos adultos desconocidos para ellos. Un tercio de los sujetos recibió apoyo de un adulto amable, mientras que el resto de los niños contaron bien con la compañía de un perro real o bien con la de uno de peluche. Tras llevar a cabo las tareas encomendadas, los participantes dispusieron de un tiempo para relajarse. El ensayo duró apenas una hora, durante la cual tomamos a cada uno de los sujetos cinco muestras de saliva. De esta manera registramos el grado de concentración de cortisol, la «hormona del estrés», de los probandos. Asimismo, filmamos todo el procedimiento con el objetivo de evaluar la conducta de los individuos a posteriori.

Según constatamos, el perro produjo un efecto reductor del estrés en los niños, fenómeno que no registramos

Patrones de apego

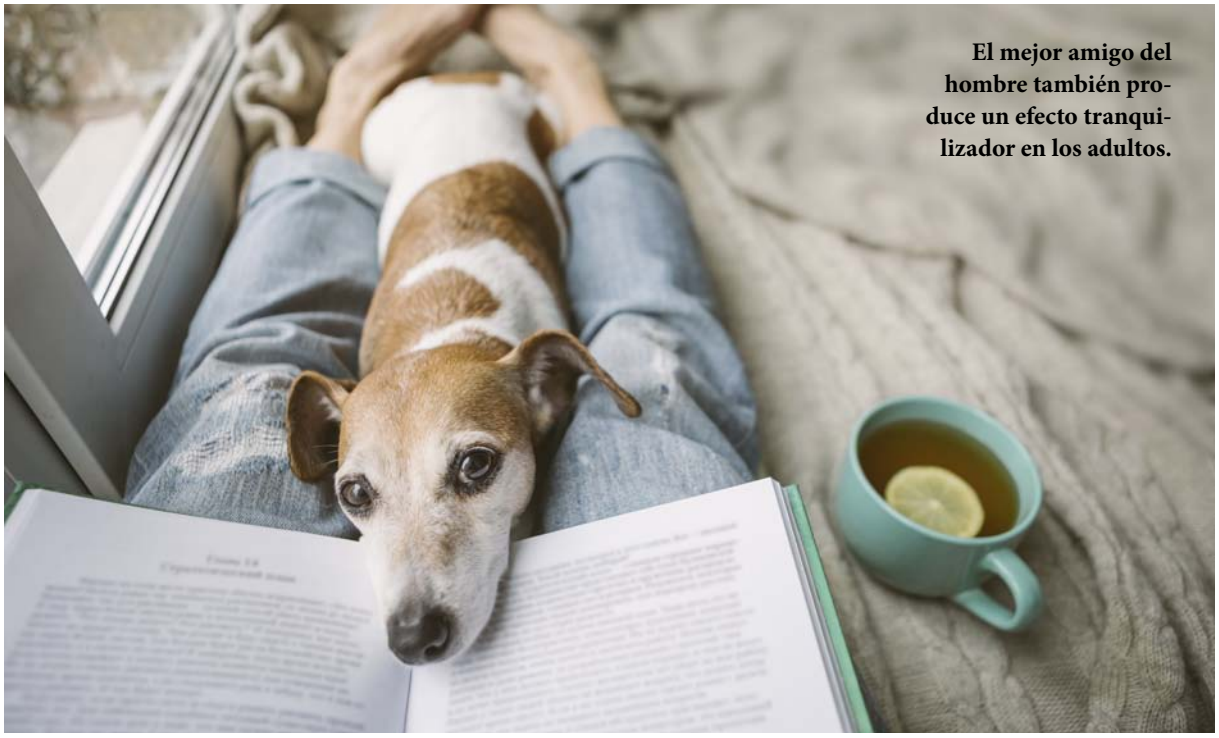
En la década de los años cincuenta del siglo pasado, el psicólogo y psicoanalista John Bowlby (1907-1990) estableció su teoría del apego, la cual analiza cómo las personas creamos el vínculo con los demás. En los años siguientes, continuó trabajando en esta teoría junto con la psicóloga Mary Ainsworth. Determinaron que a través de un relación de cuidados firme y un vículo afectivo duradero desde temprana edad, el niño desarrolla un patrón de apego seguro. Así, desde un inicio se acostumbra a tomar confianza con otras personas; le resulta fácil establecer nuevas relaciones y experimentar apoyo emocional con el contacto social y la cercanía física.

Si, por el contrario, el cuidado de la persona de referencia es inestable o distanciado, puede producirse un apego inseguro o desorganizado, patrón que el niño aplicará en su relación con otras personas.

En ocasiones, los pedagogos y terapeutas tienen dificultades para hallar la forma de acceder a los niños con un apego inseguro o desorganizado. Sin embargo, según estudios recientes, los niños no aplican la misma forma de conducta de apego con los animales, lo que favorece que se origine una relación libre y llena de confianza con los perros.

EL AUTOR

Kurt Kotrschal es investigador en el departamento de Biología de la Conducta en la Universidad de Viena.



GETTY IMAGES / FLY_DRAGONFLY / ISTOCK

El mejor amigo del hombre también produce un efecto tranquilizador en los adultos.

en los chicos que habían estado en compañía de una persona adulta o de un animal de peluche. Exceptuando la excitación inicial por la presencia del perro, los valores de cortisol de los sujetos no aumentaron. En la fase de relajamiento, la concentración de dicho neurotransmisor también era mucho menor en estos probandos en comparación con la de los otros niños.

Un factor decisivo en la exploración fue el modo en que los participantes se entretenían con el animal: los que hablaban con el perro o lo acariciaban se mostraban especialmente relajados. Curiosamente, este efecto solo se observó con intensidad en los niños que presentaban un apego inseguro o desorganizado. Los sujetos con relaciones de apego seguro (grupo de control), en cambio, presentaban una mayor reducción de cortisol si durante las tareas cognitivas se encontraba presente un adulto.

Al parecer, en situaciones de estrés los perros pueden proporcionar a los humanos un apoyo emocional similar al que ofrecen las personas. En los niños con trastornos de apego, estos animales pueden incluso darles más confianza que un adulto. Nuestros resultados revelan un potencial terapéutico considerable. De esta manera, los perros podrían acelerar la construcción de una relación de confianza entre el terapeuta y el paciente. Además de las ventajas en el tratamiento psicológico, el empleo de animales podría aportar beneficios económicos, pues permitiría acortar la duración de la psicoterapia.

Este tipo de tratamiento no solo beneficia a los niños. También a los pacientes adultos les resulta más fácil abrirse si se encuentra presente un perro. Investigadores del Hospital Universitario de la Charité de Berlín dirigidos por Undine Lang pidieron a personas con depresión mayor que explicaran durante media hora su experiencia con animales y su relación con los canes. A la mitad de los sujetos les acompañaba un perro durante la explicación.

Tras 30 minutos de sesión, se redujo el miedo y el estrés de los probandos que contaban con la presencia del animal, mientras que el resto de los sujetos apenas mostraron cambios. Un año después, el equipo repitió el ensayo con personas con esquizofrenia. Los resultados fueron similares: la presencia del perro atenuó la angustia de los pacientes y contribuyó a que se relajaran.

Estos hallazgos demuestran que Freud y Levinson no andaban equivocados con su amor a los animales. No obstante, futuras investigaciones deberán profundizar en el estudio de la terapia asistida con animales para que esta llegue a establecerse como una forma independiente de psicoterapia. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 61

PARA SABER MÁS

Die evolutionäre Theorie der Mensch-Tier-Beziehung. K. Kotrschal en *Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs*, dirigido por C. Otterstedt y M. Rosenberger Gefährten — Konkurrenten — Verwandte. Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga 2009.

Reduced anxiety during dog assisted interviews in acute schizophrenic patients. E. L. Lang et al. en *European Journal of Integrative Medicine*, vol. 2, págs. 123-127, septiembre de 2010.

The effect of social support by a dog on stress modulation in male children with insecure attachment. A. Beetz et al. en *Frontiers in Psychology,* vol. 3, n.º 352, septiembre de 2012.

Monografías con nuestros mejores artículos sobre temas clave

ARTE Y CREATIVIDAD

Inspiración y la influencia de la dopamina • El cerebro de los músicos • El trastorno mental en los grandes artistas • Los orígenes de la creatividad • Arte y cognición • Artistas precoces

ADOLESCENCIA

Adiós a la infancia • Neuroplasticidad y agilidad mental • Atracción por el riesgo • El peligro de la adicción a las nuevas tecnologías • Trastornos mentales en la adolescencia • Búsqueda de la felicidad

LA CIENCIA DE LA ENSEÑANZA

La competencia de aprender a aprender • Cómo mejorar la lectura • Bases cerebrales del aprendizaje • La trascendencia del aprendizaje temprano • La neurodidáctica a examen

DESARROLLO DEL BEBÉ

¿Pueden los llantos revelar problemas neurológicos? • Los orígenes de la risa • Aprender a través del sentido del tacto • Cómo adquieren los bebés el lenguaje • Así piensan los bebés

CARTOGRAFIAR EL CEREBRO

Métodos para analizar los circuitos neurales • Estudio de la expresión de los genes en el cerebro • ¿Neuroimágenes para predecir trastornos mentales? • Cartografía cerebral en vivo

ALIMENTACIÓN

Alimentos que favorecen las capacidades cognitivas • Productos «sin», ¿sensibilidad alimentaria o moda? • Estructura cerebral de las personas con obesidad • Los ácidos grasos y la salud

www.investigacionyciencia.es/revistas/cuadernos

Para más información y efectuar tu pedido: Tlf. 935 952 368 | contacto@investigacionyciencia.es

RISOTERAPIA Reírse no solo beneficia la salud física y psíquica; también contribuye a mejorar las relaciones sociales y de pareja. ¿Por qué motivo?

El poder curativo de la risa

NICOLAS GUÉGUEN

«La risa es propia del hombre.» La frase pertenece a Henri Bergson (1859-1941), premio nóbel de Literatura en 1927 y autor, entre otras obras, de *La risa* (1899). En cierto modo, el autor tiene razón. Aunque se ha demostrado que otros animales (en particular los bonobos) exhiben una actividad parecida a la risa humana, el reírse consiste, desde un punto de vista social, en un rasgo de nuestra especie. Sin duda, el hombre es el primate más social, y el que más se ríe. Parece que la función principal de esta respuesta biológica reside en consolidar los lazos en el seno del grupo. Los experimentos científicos confirman cada vez más esta concepción. Ya que la salud del grupo, por lo general, equivale a la de sus miembros, poco a poco se va desentrañando que la risa resulta beneficiosa para el organismo, para superar el estrés y las enfermedades. ¿Cuáles son sus beneficios para el individuo? ¿Y para el grupo?

Cimiento social

Todos hemos experimentado el irresistible contagio de un ataque de risa. Algunos psicólogos y neurocientíficos, entre ellos Robert Provine, de la Universidad de Maryland, o Christian Hempelmann, experto en lingüística computacional, han descrito incluso «epidemias de risa». La más espectacular afectó a dos pueblos de la antigua Tanganica y de Uganda en la década de los sesenta del siglo xx. Según cuenta Provine, en una escuela fronteriza de misioneros de Tanzania, tres alumnas comenzaron a reírse a la vez. Sus carcajadas contagiaron rápidamente a 95 de las 159 estudiantes presentes. Cuando las escolares regresaron a Nshamba, pueblo en el que vivían, «infectaron» su acceso de risa a 217 de los 10.000 habitantes del lugar, sobre todo entre los adultos. Otro foco de risa estalló en la escuela del pueblo vecino de Kanyangereka. Tampoco tardó en extenderse entre las madres y los parientes cercanos de los alumnos. En total, la epidemia afectó a alrededor de 1000 personas entre Tanzania y Uganda.

Hoy empezamos a entender los factores que confieren a la risa la dimensión de contagio irresistible. Probablemente se trate de fenómenos de empatía bastante básicos en los que intervienen las neuronas espejo. El psicólogo Leonhard Schilbach, de la Universidad de Colonia, demostró que, cuando una persona comienza a reírse, suscita en quienes la observan una actividad de las neuronas implicadas en la contracción de los músculos cigomáticos (involucrados en la risa), incluso cuando dichos

La risa favorece la estabilidad de la pareja y ayuda a superar el estrés y las enfermedades asociadas.

DREAMSTIME / JASON STITT

En síntesis: Risoterapia

1 La risa une a las personas, sea en la familia, en el trabajo o en la sociedad. Esta cualidad la convierte en una herramienta de cohesión de grupo cada vez más investigada.

2 La salud física también se beneficia de ella: el hecho de reír mejora los sistemas cardiovascular e inmunitario, la evolución de la diabetes y la tolerancia al dolor.

3 Asimismo favorece la estabilidad en la pareja y los encuentros amorosos: nada como un espectáculo humorístico para hacer que surja un idilio.

observadores no se ríen. Así pues, se produce una preactivación de la actividad neurológica ligada a la risa por simple observación. En cierto modo, el ser humano parece «programado» para reírse, sobre todo, en situaciones sociales o comunitarias.

En el día a día acontecen múltiples aplicaciones de esa respuesta biológica. Es el caso de las risas artificiales o enlatadas que ambientan las comedias de la televisión. El simple hecho de escuchar risas de fondo activa un mecanismo empático que facilita que el telespectador se una al regocijo. Este fenómeno llamó la atención a Robert Cialdini, de la Universidad de Texas, uno de los psicólogos con más renombre en el campo de la persuasión. Cialdini demostró que los programas de humor, fuesen visuales o auditivos, aderezados con risas artificiales suscitaban la misma conducta incluso si quien las escuchaba no estaba viendo a un público riéndose.

Durante mucho tiempo, Cialdini investigó los mecanismos de la formación de opiniones. Llegó a la conclusión de que las personas tienden a juzgar si un episodio resulta divertido en función de que otros lo encuentren o no hilarante. Se trata de la aprobación social, un principio que designa el hecho de que forjamos nuestras opiniones y actitudes según las de la mayoría más cercana. En pocas palabras, Cialdini considera la risa como una forma de aprobación social. Si la gente se ríe, es señal de que el asunto es divertido y, como es divertido, me río.

Esas consideraciones plantean otra cuestión: ¿qué ventaja evolutiva aporta la risa? Al tratarse de una característica humana universal, nos remite al funcionamiento social de *Homo sapiens*. Hace decenas de miles de años, el hecho de reírse habría fomentado las buenas relaciones dentro del grupo, además de favorecer la integración de extraños en la comunidad.

La risa reviste una dimensión de intercambio social que se observa desde la más temprana edad. Antony Chapman, de la Universidad de Cardiff, reveló que los niños de 7 años que escuchan extractos sonoros de emisiones humorísticas se ríen más cuando se encuentran en compañía de otro de su edad que cuando escuchan la grabación a solas. Para Chapman, la risa constituye la primera actividad compartida de la especie humana. En la época en la que el lenguaje oral todavía no formaba parte del bagaje humano, los individuos tuvieron que idear comportamientos no verbales para comunicar la voluntad de intercambio amistoso con el grupo. La risa habría desempeñado tal función. Un cometido de esa relevancia social que ha pervivido hasta nuestros días y que ha arraigado de tal manera en nuestras sociedades actuales que solemos apreciar de forma inmediata a las personas que se ríen de buena gana.

Stephen Reysen, de la Universidad de Kansas, mostró a unos probandos un vídeo en el que unos jóvenes actores de teatro leían un texto, unas veces riéndose, otras con semblante neutro. Los sujetos sabían que la risa de los intérpretes era falsa, no obstante valoraban mejor al actor si este se reía; también se sentían más cercanos a él. Por ese motivo, Reysen ve en la risa una especie de imán social que empuja de modo irresistible a las personas a apreciar a quien se ríe. Hasta tal punto que ciertos miembros del grupo, sobre todo los líderes, intentan provocar esa respuesta a aquellos individuos que tienen la risa fácil y contagiosa como estrategia para reforzar la unidad grupal.

Sabemos que, por lo general, la salud de las relaciones sociales resulta beneficiosa para el bienestar del cuerpo. ¿Se podría inferir, por tanto, que el hecho de reírse contribuye a mantener unas arterias en buen estado? Lo que sí parece cierto es que fortalece la capacidad de resistencia a las enfermedades infecciosas, ya que la susodicha acción estimula el sistema inmunitario. Herbert Lefcourt y sus colaboradores de la Universidad de Waterloo midieron las cantidades de algunas inmunoglobulinas (anticuerpos que intervienen en la reacción inmunitaria) que segregaban los televidentes que veían escenas cómicas populares. A continuación compararon los resultados con los niveles de los mismos anticuerpos en individuos a los que no se presentó tal estímulo. Concluyeron que una exposición de diez minutos a los mensajes cómicos entrañaba un aumento de la secreción de inmunoglobulinas.

EL AUTOR

Nicolas Guéguen es profesor e investigador de psicología social de la Universidad de Bretaña Sur. Dirige el grupo de investigación en ciencias de la información y la cognición en Vannes.

Herramienta para la seducción

¿Por qué motivo se considera la risa un arma de seducción? Se supone que el humor constituye una cualidad que las mujeres buscan en los hombres, puesto que refleja sus capacidades intelectuales y sociales. Pero también cabe la posibilidad de que a las mujeres les agrade la risa por sus efectos beneficiosos, razón por la que aprecian en especial a aquellos varones que se ríen a menudo. Nuestro equipo se puso manos a la obra para conocer la respuesta. Dispusimos a dos jóvenes solteras en una sala de espera en la que se escuchaban grabaciones radiofónicas. Estas podían ser humorísticas o bien de extractos de programas culturales (sobre teatro o ciencia). A veces la radio permanecía apagada.

A través de una cámara oculta observamos que el comportamiento de las voluntarias variaba según el contenido de las grabaciones sonoras. Si las jóvenes escuchaban emisiones cómicas, dejaban de desarrollar actividades «paralelas» (consultar su teléfono móvil, por ejemplo) y disfrutaban del momento con una sonrisa en los labios.

La segunda parte del experimento consistió en invitar a cada una de las participantes a acudir a una habitación contigua en la que se encontraba un joven. Entre los dos, el chico y la voluntaria, debían hojear revistas y valorar la calidad de los anuncios publicitarios (análisis del mensaje, del grafismo, etcétera), tarea que servía de pretexto para que estuvieran juntos e interactuaran. Unos minutos después, el varón, que en realidad era un miembro del equipo, le pedía el número de teléfono a su compañera de actividades.

Constatamos que las chicas se mostraban más dispuestas a dar su número de teléfono si, previamente, habían escuchado los programas de humor. En cambio, mantenían una actitud menos receptiva a la petición del joven si antes habían escuchado contenidos culturales o científicos.

Ello hace pensar que la risa favorece los encuentros amorosos. No obstante, hay que tener en cuenta que, en este caso, la capacidad de atracción no se debe a las dotes para bromear del varón, puesto que las voluntarias conocieron al supuesto pretendiente después de haberse reído un rato. Aunque sí permite dar un consejo a los seductores novatos: invitad a las futuras conquistas a espectáculos humorísticos.

Numerosos experimentos corroboran esta idea. Myra Angel, de la Universidad Vanderbilt en Tennessee, ha observado que las mujeres que se ríen con frecuencia toman más rápidamente la decisión de convivir o casarse con su pareja. Por su parte, Robert McBrien, de la Universidad de Salisbury en Maryland y terapeuta de parejas, aconseja a los varones con escaso sentido del humor que le propongan a su compañera ir a ver películas, comedias teatrales o espectáculos cómicos con el objetivo de hacerla reír. El efecto no se aplica solo a las mujeres: este mismo investigador ha averiguado en sus años de consulta que las parejas que ríen durante sus salidas nocturnas tienen relaciones sexuales la misma noche y en los días sucesivos más que a lo largo del tiempo restante. ¿La razón? Reírse con frecuencia crea un estado psicológico de bienestar que ayuda a mantener los sentimientos hacia la pareja.

El simple hecho de recordar momentos en los que nos ha dado la risa bastaría para obtener un efecto positivo. Doris Bazzini, de la Universidad de New Conneticut, constató que cuando incitaba a las parejas a que recordaran ataques de risa o experiencias muy divertidas que habían vivido juntos, valoraban más las cualidades de su consorte. En cambio, al rememorar otros momentos agradables, como viajes estupendos o buenas comidas, el efecto no resultó igual.

De hecho, la risa marca la diferencia porque al bienestar que procuran otras sensaciones placenteras se le añade ese carácter de cimiento de la relación social, un gesto de empatía que, a lo largo del tiempo, ha dejado su rastro en la especie humana.

GETTY IMAGES / MORSA IMAGES / ISTOCK

La risa favorece los encuentros amorosos y el bienestar psicológico y sexual de la pareja.

Los beneficios para la salud

La risa estimula, además, otros componentes inmunitarios: los linfocitos NK (células asesinas naturales) o el interferón gamma. Dicho de manera práctica, una persona a la que le guste reír e invierta mucho tiempo en ello estará más protegida contra gripes, resfriados y anginas.

También parece ser un buen tratamiento para el dolor. Deborah Hudak y sus colaboradores de la Universidad Allegheny averiguaron que las personas se muestran menos sensibles al efecto doloroso de una descarga eléctrica si antes han visto una divertida comedia. Así, estos probandos se quejaron menos de dolor cuando recibían las descargas que los sujetos que habían visionado documentales, es decir, contenidos que no originan ninguna actividad zigomática. Las secuencias de humor permitían a los sujetos soportar sacudidas mucho más fuertes.

Resultados similares se han obtenido en relación a la resistencia al daño infligido por unos pellizcos o el contacto con objetos muy calientes o fríos en distintas partes del cuerpo. A ojos de los neurocientíficos, ello confirma los efectos analgésicos de la risa, ya que convierte el dolor en menos perceptible. Las personas que se ríen producen endorfinas (sustancias análogas a la morfina producidas de forma natural por el organismo y que poseen propiedades analgésicas).

Asimismo, la risa propicia efectos positivos en las funciones cardiovasculares y los estados de estrés. Sabina White y Phame Camarena, ambos de la Universidad de California en Santa Bárbara, descubrieron que las secuencias de humor reducían el ritmo cardíaco y bajaban la presión arterial de los sujetos que se rieron durante la filmación. ¿Cómo es posible?

En primer lugar, la risa actúa sobre la percepción del estrés, ya que produce un sentimiento de bienestar y de descanso. Ello propicia a su vez efectos positivos en el sistema cardiovascular mediante la reducción de la adrenalina o el cortisol (hormonas asociadas al estrés).

Lefcourt constató que reír resultaba beneficioso incluso cuando los sujetos debían cumplir tareas ingratas o estresantes (cálculos mentales en tiempo limitado, por ejemplo). De hecho, esa capacidad para eliminar el estrés no resulta novedosa: en situación de tensión extrema, la risa puede surgir como un exutorio, sin que entendamos necesariamente por qué. Es probable que exista un cierto rédito médico en la risa, incluso se sospecha que tales efectos hagan intervenir mecanismos que regulan la expresión de los genes.

En esta línea, los biólogos Takashi Hayashi y Kazuo Murakami, de la Universidad de Tsukuba, proyectaron para un público de hombres y mujeres con una media de edad de 62 años y que padecían diabetes de tipo 2, una serie de escenas cómicas conocidas y apreciadas por los telespectadores japoneses. Se tomó una muestra de sangre de los sujetos antes, inmediatamente después y noventa minutos tras la proyección. Los pacientes secretaron menos prorrenina (proteína que interviene en las patologías renales y vasculares propias de los diabéticos de tipo 2). Al parecer, la normalización de su estado se debió al mejor funcionamiento de los receptores de la prorrenina, los cuales favorecen su degradación. Con todo, todavía no se han explorado los múltiples efectos de la risa en el organismo. Aún se ignora hasta dónde llega esta panoplia de efectos beneficiosos. Mas una cosa parece clara: reírse solo conlleva ventajas.

FOTOLIA / CHESTERF

Las madres que se ríen suelen producir una leche que previene a los bebés contra las alergias. También favorece un sueño reparador.

Leche de madres risueñas

¿Y los bebés? ¿Se portan mejor cuando la madre se ríe a menudo? Hajime Kimata, médico del hospital Moriguchi-Keijinkai de Osaka, mostró diversas películas a un grupo de madres jóvenes que amamantaban a sus hijos de entre cinco y seis meses. Algunas participantes asistieron a la proyección de la película *Tiempos modernos*, de Charlie Chaplin; otras vieron extractos de documentales o de partes meteorológicos. Los hijos de todas las participantes sufrían de eczema infantil a causa de su alergia al látex y a los ácaros. Al cabo de cada sesión visual, los investigadores midieron la concentración de melatonina (hormona implicada en la regulación de los ciclos de

DREAMSTIME / PETER ZUREK

La risa ayuda a soportar mejor el dolor. Cada vez más los médicos recomiendan que se trabaje el humor en los hospitales.

sueño y vigilia y que favorece el sueño) en la leche materna. Los análisis revelaron un aumento de la secreción de melatonina, pero solo en las voluntarias que habían visto el largometraje de Chaplin. Del mismo modo, los niños se mostraron menos sensibles a los ácaros y al látex y presentaban menos problemas cutáneos tras una toma de leche materna si su madre se había reído durante un rato. ¿Qué relación existe entre la melatonina y el eczema infantil? Se conoce que dicha dolencia dermatológica perturba el ciclo del sueño de los niños, por lo que la melatonina presente en mayor cantidad en la leche de las progenitoras risueñas favorecería el dormir de los pequeños. No obstante, se desconocen los mecanismos concretos que conllevan una disminución de la alergia.

En definitiva, todos los resultados expuestos apuntan a que la risa ejerce un impacto real y positivo sobre el organismo. No es por casualidad que hoy en día numerosos profesionales e investigadores de la salud recomienden tomarse la risa muy en serio e incluirla en la formación médica a través de la capacitación para reír (mediante sesiones de risa colectiva o trabajo cognitivo para un cambio de la estructura mental, entre otros métodos) [*véase* «Risa terapéutica», por Steve Ayan; Mente y cerebro n.º 36, mayo de 2009]. Incluso, cada vez más, el reír está presente en los hospitales: voluntarios disfrazados de payaso, fiestas o representaciones cómicas, etcétera.

Poco a poco, la risa gana sus cartas de hidalguía: pasa del estatus de simple entretenimiento al de terapia con efectos orgánicos observables. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 60

PARA SABER MÁS

Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. R. Martin en *Psychological Bulletin*, vol. 127, n.º 4, págs. 504-519, 2001.

Laughter: A scientific investigation. R. Provine. Penguin Press, 2001.

The effects of laughter on post-prandial glucose levels and gene expression in type 2 diabetic patients. T. Hayashi y K. Murakami en *Life Sciences*, vol. 85, págs. 185-187, 2009.

ESQUIZOFRENIA Durante años se ha pensado que el tratamiento de los delirios y las alucinaciones era terreno exclusivo de los neurolépticos. Los estudios demuestran, sin embargo, que la terapia cognitivo-conductual contribuye a paliar los síntomas psicóticos

Psicoterapia para la esquizofrenia

TANJA WIESSMANN Y ANDREAS BECHDOLF

Dos años antes de que debutara la enfermedad, se presentaron los primeros signos de esquizofrenia en Martín. Acababa de iniciar su período de prácticas como docente en un instituto. Debía preparar la lección, enfrentarse a una clase de adolescentes y calificar los trabajos del alumnado. Todo ello le sumía, cada vez más, bajo presión. Desde niño se sentía inseguro en sus relaciones con los demás. Ahora le preocupaba la imagen que transmitía a sus compañeros de trabajo. Esas risas ¿eran porque se mofaban de él o porque le consideraban un inútil?

Al principio conseguía apartar tales pensamientos de su mente. Con el tiempo, la batalla mental resultó cada vez más ardua. Se sentía aludido en los fragmentos de conversación que oía por casualidad al pasar junto a otros transeúntes; interpretaba en sus miradas que lo conocían. Incluso pensaba que algunos ejercían de detectives y que le seguían por encargo del Ministerio de Educación. Decidió explicar estas experiencias a sus amigos. Ellos se prestaron a acompañarle a una clínica, donde se le diagnosticó esquizofrenia paranoide.

Como en el caso de Martín, esta enfermedad suele presentarse de forma paulatina. De promedio, los afectados experimentan una transformación vivencial progresiva cinco años antes del primer episodio psicótico. Los síntomas previos (pródromos), aunque inespecíficos (aumento de preocupaciones y miedos, alteraciones en el pensamiento, la percepción y la capacidad de concentración, y aislamiento social, entre otros) sirven a médicos y psicólogos como señal de alerta para prevenir la enfermedad en los grupos de riesgo.

Cuando los delirios típicos de la esquizofrenia se hallan instaurados por completo en el individuo, este suele prescindir de la ayuda terapéutica. En la fase aguda, la mayoría de los afectados no reconocen que se encuentran enfermos. Por el contrario, creen que el entorno se ha

En síntesis: Vencer a las voces

1 Para el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas se aconseja, además de los neurolépticos, una terapia cognitiva conductual complementaria.

2 A través de la psicoterapia, los pacientes aprenden a cuestionar su interpretación de la realidad y a tener en cuenta explicaciones alternativas.

3 La terapia cognitivo-conductual ayuda a los pacientes a contrarrestar la fuerza de las voces ofensivas o imperativas que oyen; aprenden a quitarle importancia a sus alucinaciones.

Muchas personas con pensamientos paranoides creen que las observan y persiguen.

NEUFFER-DESIGN

vuelto hostil y contra ellos, convicción de la que resulta complicado apartarles.

Al principio, Martín tampoco comprendía que los médicos quisieran ayudarle; se sentía amenazado por ellos. Los antipsicóticos lograron disminuir en pocas semanas los delirios.

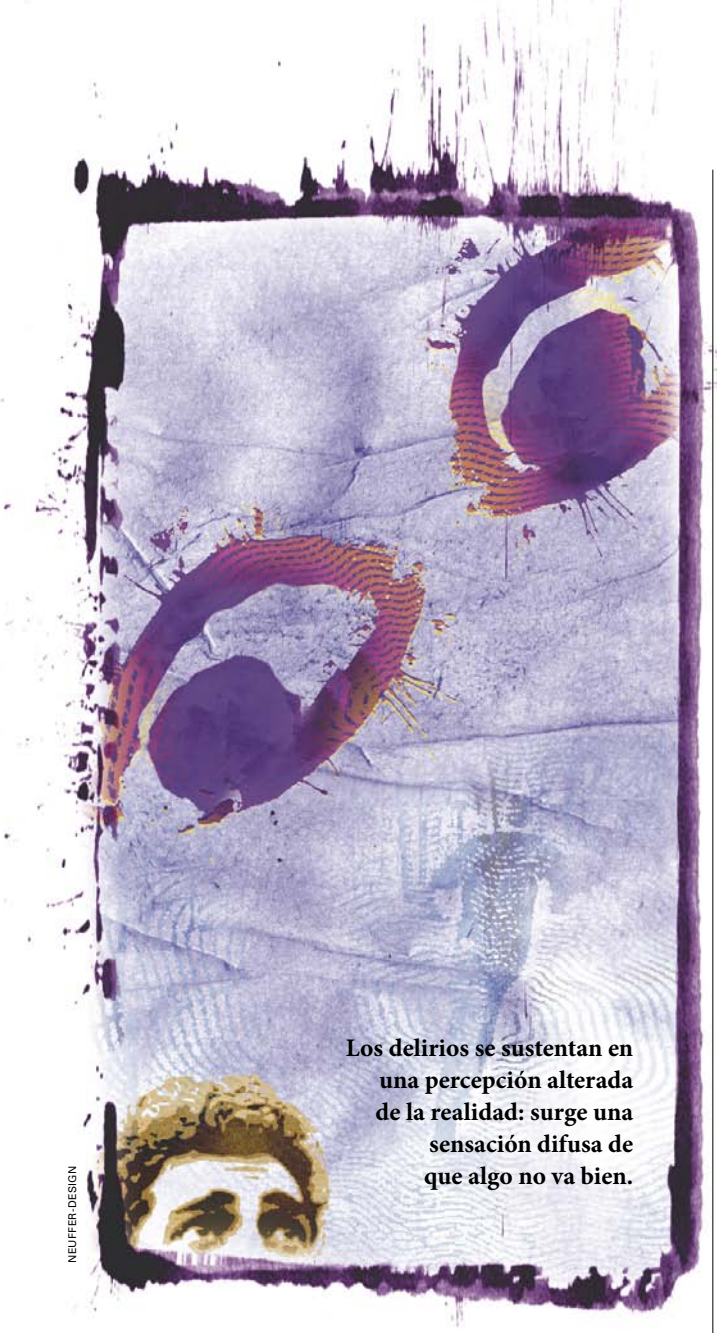
En las psicosis esquizofrénicas, los antipsicóticos constituyen el tratamiento de referencia. Estos fármacos se revelan esenciales en la fase aguda de la enfermedad, así como en la prevención de las recaídas. Sin embargo, según informa la Asociación Americana de Psiquiatría, su efecto resulta nulo en entre un 10 y un 30 por ciento de los pacientes; además, una parte de los síntomas persisten o reaparecen en otro 30 por ciento. Es en estos últimos casos donde las medidas terapéuticas adicionales se presentan como un método provechoso.

Hasta los años noventa del siglo xx, la mayoría de los especialistas apoyaba que el núcleo de la sintomatología solo se podía tratar con los fármacos. De esta manera, la intervención de los psicólogos se restringía al entrenamiento de los pacientes en el manejo de la enfermedad: les informaban sobre ideas erróneas sobre el trastorno o les animaban a que tomaran la medicación prescrita. También se encargaban de entrenarles en la solución de problemas y habilidades sociales.

De normal a paranoide

En la actualidad, casi todas las directrices relacionadas con las psicosis esquizofrénicas recomiendan el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Su eficacia se ha comprobado en numerosos estudios, como constató en 2008 Til Wykes, del King's College de Londres. En un metanálisis resumió los resultados de 34 investigaciones. En estas, una parte de los pacientes había recibido un tratamiento farmacológico estándar; los otros habían asistido, además, a una terapia cognitiva conductual complementaria. Según concluyó Wykes, el tratamiento combinado reducía los delirios y las alucinaciones, así como la ansiedad social en muchos de los afectados; también favorecía su estado anímico.

Desde la terapia cognitiva no se traza una diferencia tajante entre las convicciones normales y delirantes, sino que unas se funden con otras. Ello se constata en la consulta: mientras que durante las fases agudas la mayor



NEUFFER-DESIGN

Los delirios se sustentan en una percepción alterada de la realidad: surge una sensación difusa de que algo no va bien.

parte de los pacientes no muestran consciencia del trastorno, otros pueden admitir de forma transitoria dudas acerca de sus pensamientos delirantes. Por unos instantes, incluso, se muestran capaces de corregir las convicciones irracionales.

Diversas técnicas psicoterapéuticas sirven para despertar las dudas en el sujeto. Los pensamientos, los sentimientos y la conducta se influyen mutuamente; de hecho, el modo en que percibimos y valoramos nuestro entorno determina cómo nos sentimos y actuamos. Es en este ámbito donde los métodos cognitivos entran en acción: de la misma manera que podemos influir en nuestros pensamientos, somos capaces de guiar los propios sentimientos y conductas.

El delirio se encuentra arraigado en una experiencia perturbada, la cual describen con frecuencia como una sensación difusa de que «algo no va bien». Asimismo, se asienta sobre un procesamiento alterado de la información y unos fenómenos psicológicos que, por contradictorio que parezca, resultan habituales en los humanos. Entre estos destaca la tendencia a percibir antes aquellos estímulos que confirman las propias expectativas y atenuar los contrapuestos. A Martín le sucedía eso mismo.

De acuerdo con sus miedos, el joven profesor fijaba su atención en la mímica y los gestos negativos de sus compañeros y los interpretaba como una muestra de rechazo y burla. La percepción selectiva, por un lado, y la interpretación errónea, por el otro, se reforzaban y mantenían mutuamente. Las oportunidades de experimentar vivencias que contradijeran los delirios se hicieron cada vez más escasas, puesto que Martín se iba apartando del resto de las personas. Con su terapeuta aprendió, de forma gradual, a observar sistemáticamente esos hábitos y comportamientos, así como los sentimientos y pensamientos que los acompañaban.

Conclusiones precipitadas

La TCC se cimenta en el trabajo de las interpretaciones delirantes. Los pacientes tienden a sacar conclusiones precipitadas y con frecuencia erróneas. En un experimento ya clásico de 1991, Simon Wessely, del King's

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antipsicóticos o neurolépticos son un grupo de fármacos que se emplean como tratamiento estándar en la intervención médica de las psicosis; sobre todo, en el caso de la esquizofrenia. Los llamados de alta potencia disminuyen los síntomas positivos (los delirios y alucinaciones); los de baja potencia o sedativos atenúan la agitación emocional recurrente.

Una vez estabilizados los episodios agudos, la medicación a largo plazo previene las recaídas. Sin embargo, según la sustancia activa, pueden aparecer efectos secundarios.

LOS AUTORES

Tanja Wiessmann es psicóloga y psicoterapeuta. Investiga en el equipo para las intervenciones psicosociales y prevención de la Clínica Universitaria de Colonia. Andreas Bechdolf dirige dicho grupo. Es profesor en la Clínica Psiquiátrica y de Psicoterapia en la Clínica Universitaria de Colonia, además de médico jefe de la Clínica de Psiquiatría, Psicoterapia y Psicosomática del Hospital Vivantes am Urban en Berlín.

College de Londres, y sus colaboradores extraían perlas de una de dos cajas posibles. Según las correspondientes etiquetas, una contenía más perlas amarillas y en la otra abundaban las de color negro. Los probandos debían dar orden de parar la extracción en el momento en que creían saber de qué caja provenían las piezas seleccionadas.

El grupo de control, al que pertenecían sujetos sanos e individuos con fobia, esperaba por lo general hasta la cuarta perla antes de concluir el recipiente del que procedían las bolas. En cambio, casi un 80 por ciento de los sujetos con esquizofrenia u otro trastorno psicótico se decidían antes de la tercera extracción, y más del 40 por ciento incluso tras la primera perla retirada. Según cualquier regla de probabilidad, a esas alturas todavía no es posible determinar un juicio fiable.

Los terapeutas cognitivos intentan, junto con sus pacientes, identificar las conclusiones precipitadas, evaluar su veracidad y desarrollar explicaciones alternativas. Con este fin se valen de pruebas conductuales, ya que los afectados evitan con frecuencia las situaciones que ponen a prueba y corrigen las propias creencias. Estos ensayos entrañan una ventaja más: sacan a los pacientes de su aislamiento. Martín logró indagar sus pensamientos y desarrollar interpretaciones alternativas; finalmente consiguió, de manera autónoma, distanciarse de las conclusiones habituales en situaciones críticas.

Ese método no daña la relación entre paciente y terapeuta. En 2010 se encuestó a individuos con convicciones delirantes que recibían una TCC o unas charlas de apoyo. En general, ambos grupos valoraron la relación con los terapeutas igual de positiva; estos últimos, por su parte, expresaron el mismo criterio.

Los sujetos con esquizofrenia suelen considerar la psicoterapia menos invasiva en comparación con el tratamiento farmacológico, por lo que se muestran más dispuestos a aceptarla. La técnica de conversación resulta decisiva en estos casos. El terapeuta debe tratar al paciente con empatía y respeto, además de tomar en consideración sus necesidades y los trastornos concomitantes, como la ansiedad o la depresión. El afectado no suele ser consciente de su enfermedad, por lo que, desde un buen principio, se requiere la construcción de una relación sólida: solo si el paciente ha ganado la suficiente confianza será posible avanzar en la terapia.

En las psicosis esquizofrénicas se presentan, sobre todo, alucinaciones acústicas. Los afectados refieren con frecuencia oír voces que les insultan, que comentan sus acciones o que les profieren órdenes. Hasta ahora, los terapeutas trataban de distraer a los afectados de dichas experiencias estresantes mediante música, autoconversaciones en voz baja, canto, actividad física o ejercicios de relajación.

Los métodos cognitivos, en cambio, permiten al paciente ganar un mayor distanciamiento y tranquilidad para manejar las alucinaciones. Con este objetivo, el terapeuta despierta en el sujeto dudas acerca del contenido de las mismas. Le propone, por ejemplo, que busquen juntos argumentos que refuten su veracidad. Asimismo, los pacientes aprenden a cuestionar ideas que subyacen a las voces (como la autoimagen negativa de «soy un fracasado» que se desprende de una voz de enfado). La creciente duda del individuo acerca de la realidad de lo que oye contribuye a disminuir el significado emocional de las alucinaciones.

EN BREVE

El diagnóstico de esquizofrenia (del griego *skhizein* «separar» y *phren* «mente») describe una variedad de cuadros clínicos con diferentes características. Por una parte se encuentran los síntomas positivos, los cuales implican un yo experiencial trastornado. Incluyen delirios y alucinaciones, pero también la sensación de que los propios pensamientos son inducidos o robados desde el exterior, así como que los demás los pueden oír.

Los síntomas negativos limitan la vivencia normal; comprenden la falta de motivación, el aplanamiento emocional y una marcada disminución de motivación y rendimiento.

Mientras que los síntomas negativos suelen preceder a la enfermedad (signos de alerta) o permanecer tras el debut de esta, los síntomas positivos acostumbran a manifestarse y predominar en un episodio agudo. Los afectados pierden el contacto con la realidad; se trata de la fase de psicosis.

Casi uno de cada cinco pacientes con esquizofrenia sufre un único episodio psicótico. Sin embargo, la mayoría de ellos experimenta fases recurrentes de duración variable. En los casos graves, los médicos observan síntomas persistentes o un empeoramiento progresivo.

Reglas prácticas para los terapeutas

- **Sea empático, cálido y muestre aprecio al paciente.**
- **No concluya de forma precipitada que las vivencias narradas son síntomas de la enfermedad.**
- **Contemple la posibilidad de que el sujeto se exprese de manera metafórica.**
- **No confirme la creencia delirante y tampoco la ponga en duda de forma directa.**
- **Plantee preguntas neutras.**
- **Incluya interpretaciones alternativas de manera indirecta. Por ejemplo, pregunte al paciente qué opinan de ello las personas que son importantes para él.**

Modificado de: *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen: Ein Therapieleitfaden*. H. E. Nelson. Schattauer, Stuttgart, 2010

Fase decisiva: el diálogo en la consulta

En el siguiente ejemplo, el terapeuta conversa con un paciente con psicosis acerca de su manía persecutoria. Trata de despertar la duda en el sujeto respecto a las ideas delirantes y ayudarle a descubrir contradicciones y explicaciones alternativas. El terapeuta se muestra al paciente como un aliado.

Paciente: **La mafia me vigila. Están planeando la manera de asesinarme.**
Terapeuta: **Parece que tiene usted mucho miedo. Debe haber un buen motivo.**
Paciente: **¿Cree usted que se trata de la mafia?**
Terapeuta: **Es posible, pero también podrían existir otras explicaciones. ¿Cómo sabe usted que es la mafia?**
Paciente: **¿Quién si no perseguiría a alguien de este modo?**
Terapeuta: **Para averiguarlo, debemos examinar juntos todas las pruebas, a pesar de que puedan resultarnos temibles. Le ayudaré.**

«Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A review». D. Turkington et al. en *Focus*, vol. 4, págs. 223-233, 2006

Mirar desde la distancia

En 2004, un grupo de la Universidad de Birmingham trató con técnicas de terapia cognitiva a personas esquizofrénicas que, a consecuencia de sus alucinaciones, se habían autolesionado o habían atacado a otros individuos. En el momento de la investigación, los sujetos oían voces que, de manera recurrente, les ordenaban acciones violentas («debes colgarte» o «mata a tu hijo»). También sentían una gran necesidad de acatar las órdenes.

Al azar, una mitad de los probandos recibió una terapia estándar, es decir, a base de antipsicóticos y una consulta intensiva. Los demás participantes contaron en su tratamiento con una TCC complementaria. Según los resultados, en estos últimos disminuyó la sensación de poder que inferían las voces, así como la disposición a obedecerlas. Los efectos terapéuticos se mantuvieron un año después de la terapia.

Por otro lado, un 53 por ciento de los pacientes que habían seguido el tratamiento convencional todavía sentían una fuerte necesidad de contentar a las voces o de calmarlas, cifra que descendía a un 14 por ciento en el grupo de terapia combinada. A pesar de que el contenido agresivo de las alucinaciones no hubiese cambiado, estas ocurrían con menor frecuencia. Los investigadores sugirieron que, si bien la terapia no transformaba las percepciones engañosas, sí les restaba poder sobre los pacientes.

A raíz de lo expuesto, puede concluirse que la terapia cognitiva conductual ayuda a las personas con esquizofrenia a manejar mejor las alucinaciones y los delirios. En la actualidad se investiga en qué tipo de pacientes y estadios de la enfermedad resulta más idónea. Según constató en 2012 Jean Addington, de la Universidad de Calgary, se conoce que los sujetos con «más experiencia en su enfermedad» obtienen mayor provecho de la TCC. Por el contrario, parece menos indicada para los pacientes que se encuentran en fase aguda, pues es necesario un cierto nivel de consciencia del problema y de autorreflexión para que surta efecto.

En la Clínica Universitaria de Colonia tratamos a personas que presentan un riesgo elevado de psicosis con el objetivo de evitar que aparezca un primer episodio psicótico. Algunos de estos pacientes han experimentado los primeros signos de la enfermedad. En colaboración con investigadores de otras once clínicas universitarias alemanas, exploramos desde hace algo más de cuatro años el efecto de una TCC en combinación con dosis bajas de antipsicóticos o un placebo. En los análisis preliminares, que publicamos en 2012 junto con Hendrik Müller, de la Universidad de Colonia, ambos métodos se han mostrado efectivos.

Si los resultados finales de nuestra investigación concluyen que los antipsicóticos y la TCC ejercen un efecto similar, aconsejaríamos la psicoterapia como primera opción. Los pacientes se muestran más proclives a este tratamiento. Además, sus efectos secundarios son menores. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 65

PARA SABER MÁS

Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. T. Wykes et al. en *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34, págs. 523-537, 2008.

Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance? A. Wittdorf et al. en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 198, págs. 478-485, 2010.

Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Ppsychoserisiko. Ein Behandlungsmanual. A. Bechdolf et al. Huber, Berna, 2010.

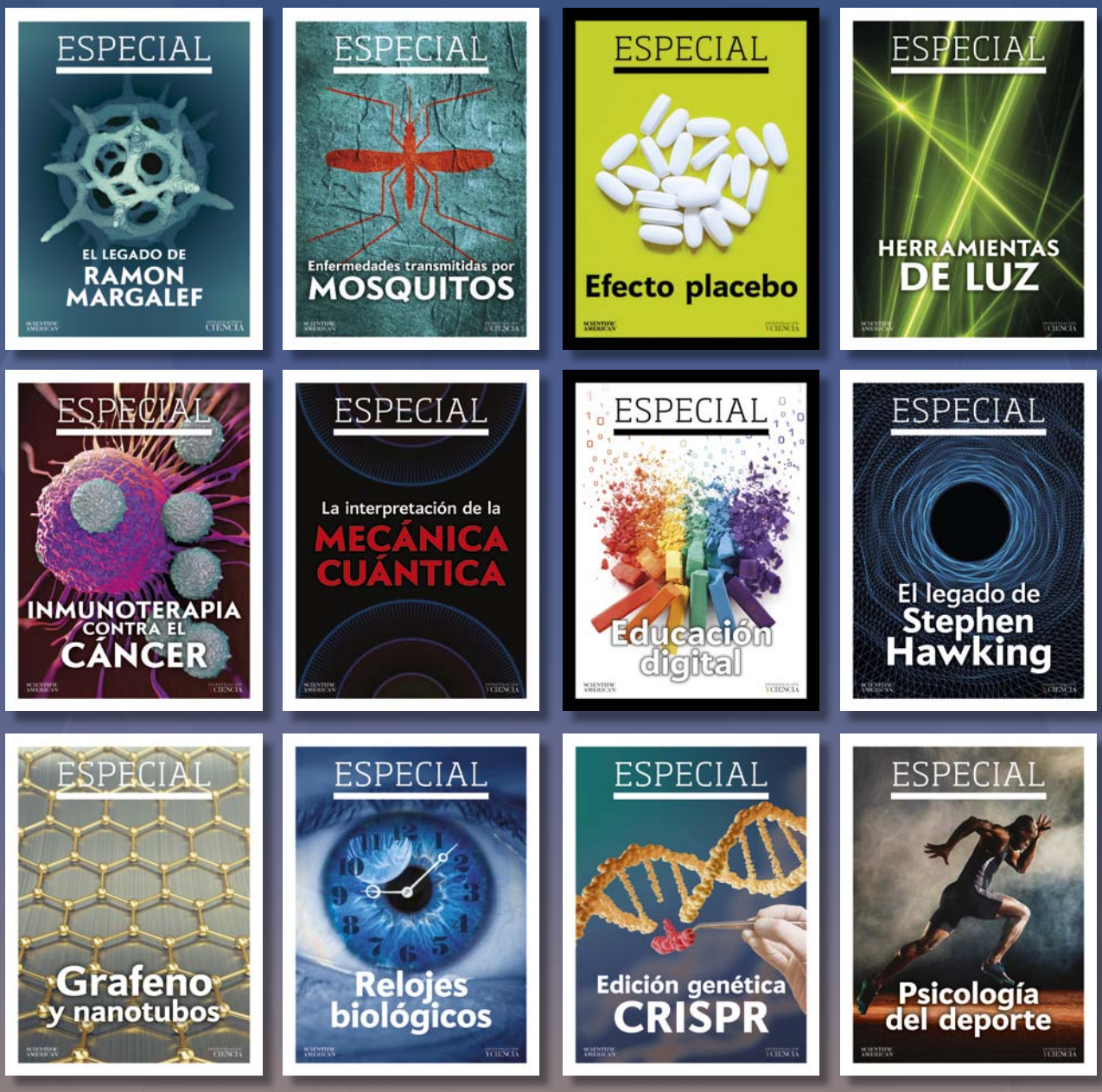
Interventionen bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko: Eine aktuelle Übersicht über randomisiert kontrollierte Studien. H. Müller et al. en *Fortschritte der Neurologie: Psychiatrie*, vol. 80, págs. 570-579, 2012.

Psychosen: Früherkennung und Frühintervention: Der Praxisleitfaden. H. Häfner et al. Schttauer, Stuttgart, 2012.

ESPECIAL

MONOGRÁFICOS DIGITALES

Descubre los monográficos digitales que reúnen nuestros mejores artículos (en pdf) sobre temas de actualidad



www.investigacionyciencia.es/revistas/especial

Prensa Científica, S.A.

DEPRESIÓN Aunque los tratamientos con fármacos llevan decenios aliviando este trastorno, se están abriendo camino nuevas modalidades de psicoterapia

Tratamientos para la depresión

STEVEN D. HOLLON, MICHAEL E. THASE Y JOHN C. MARKOWITZ

El público general y la mayoría de los profesionales que se ocupan de la salud mental llevan decenios convencidos de que los fármacos antidepresivos constituyen una auténtica mano de santo. Los antidepresivos, introducidos en la segunda mitad de los cincuenta del siglo pasado, abrieron el paso hacia una era de tratamientos seguros, fiables y relativamente poco onerosos, que producían con frecuencia mejores resultados que las psicoterapias coetáneas. Al ir estos fármacos adquiriendo predicamento, fueron muchos los médicos que dieron en considerar que la psicoterapia, por sí sola, era ineficaz y poco más que mera coadyuvante cuando se la combinaba con medicación.

Ahora no es así, suponiendo que alguna vez lo haya sido. Las investigaciones recientes inducen a pensar que determinadas formas de psicoterapia pueden resultar tan eficaces como los tratamientos con fármacos, incluso cuando hablamos de depresiones muy graves. Estas nuevas psicoterapias proporcionan, además, beneficios que van allende lo que los antidepresivos pueden lograr por sí solos. Ello no obstante, la terapia farmacéutica persiste como la forma normal de tratamiento, a la que se van añadiendo sin cesar nuevas opciones.

Conviene examinar tales opciones. La depresión constituye una onerosa exacción para los individuos y para la propia sociedad. La depresión, uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, es también una de las principales causas de incapacidad en todo el mundo. El impacto de los trastornos en el estado de ánimo sobre la calidad de vida y sobre la productividad económica equivale al de las enfermedades cardíacas. A la depresión se le achaca la mitad, al menos, de todos los suicidios.

La eficacia de los antidepresivos ha quedado establecida en miles de ensayos controlados con placebo. Los compuestos más novedosos ofrecen mayor seguridad y menos efectos secundarios nocivos que otros más antiguos. Alrededor del 50 por ciento de los pacientes responderán positivamente a una medicación dada; a muchos de sus

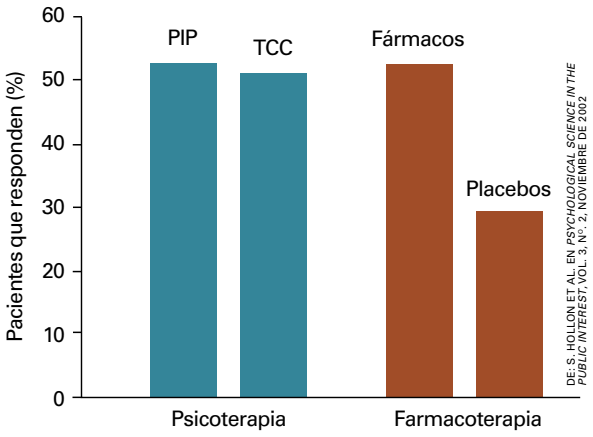
En síntesis: Distintas opciones terapéuticas

1 Ciertas formas de psicoterapia pueden resultar tan eficaces como el tratamiento con fármacos para aliviar la depresión aguda.

2 La psicoterapia interpersonal puede incrementar la respuesta del paciente al tratamiento; la terapia cognitivo-conductual, reforzar su estabilidad.

3 Algunos estudios demuestran que la combinación de fármacos y psicoterapia logra una reducción notable de los síntomas en la depresión.

GETTY IMAGES / TALAJ / ISTOCK



El metanálisis indica que los enfermos de depresión responden con similar eficacia a la medicación y a la psicoterapia, entendiendo por esta la psicoterapia interpersonal (PIP) y las terapias cognitivas o conductuales (TCC).

refractarios, les resultará de ayuda otro principio activo o una combinación de ellos.

Mas no todos los enfermos responden. Con el paso de los años se han ido introduciendo nuevas técnicas psicoterápicas cuya eficacia no desmerezca a la hora de aliviar la depresión aguda en todos los pacientes, excepto en los casos de depresión más grave. Algunas de las terapias proporcionan ventajas sobre la medicación sola, como la de mejorar la calidad de las relaciones con otras personas o reducir el riesgo de recidivas, tras la conclusión del tratamiento.

Importa subrayar esa última revelación. Muchas personas que se recuperan de la depresión tienden a recaer. A menudo, la depresión se torna crónica, comparable a la diabetes o la hipertensión; los enfermos tratados solamente con fármacos pueden tener que seguirla durante años, cuando no toda la vida, para evitar la repetición de los síntomas. Además, la combinación de tratamientos —medicamentos, para reducir presto los síntomas agudos, y psicoterapia, para reforzar los efectos de estos y prevenir las recaídas al terminar el tratamiento— puede ofrecer la mejor oportunidad para una recuperación completa sin recidivas.

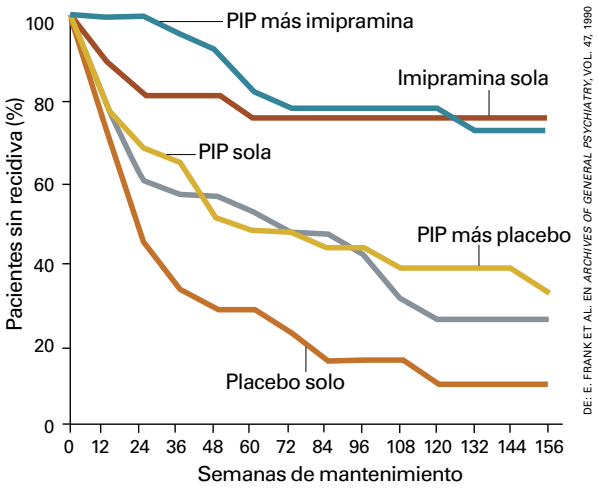
Remisión o recaída

Nuestras conclusiones se refieren, sobre todo, al trastorno unipolar. Las depresiones se dan en dos formas básicas: unipolar y bipolar. En la de tipo unipolar se presentan estados de ánimo negativos o pérdida de interés en las actividades diarias. En la forma bipolar, conocida como maníaco-depresiva, los enfermos experimentan también estados maníacos, con euforia, pérdida de sueño, manías de grandeza o despreocupación completa, que pueden llevar lo mismo a compras impulsivas que hasta a atolondradas aventuras sexuales que son más adelante causa de pesares.

El trastorno bipolar afecta a un 1 o un 2 por ciento de la población. Se trata con medicación estabilizadora del estado de ánimo, como el litio. En contraste, alrededor del 20 por ciento de las mujeres y el 10 por ciento de los varones padecen depresión unipolar en algún momento de su vida.

El tratamiento de la depresión unipolar consta, por lo general, de tres fases, determinadas por cambios en la intensidad de los síntomas. Se mide a través de una escala de graduación clínica, como la escala Hamilton. En la fase aguda, los pacientes suelen referir que se encuentran hundidos la mayor parte del tiempo. Han perdido el interés por actividades que antes les eran placenteras, tienen dificultad para conciliar el sueño, sufren cambios en el apetito y sienten disminuida la libido. Se reconocen fatigados o inútiles; expresan ideas recurrentes de muerte o suicidio. El tratamiento busca el alivio de los síntomas. La «remisión» se logra cuando el sujeto vuelve a encontrarse totalmente bien.

Pero incluso en la remisión, los pacientes pueden tener todavía un elevado riesgo de retorno de los síntomas. Suele recomendárseles que continúen con la medicación durante al menos seis meses tras la remisión inicial. El regreso de los síntomas al poco de la remisión se conoce como recidiva. En este sentido, el tratamiento de la depresión mediante fármacos se parece al tratamiento con antibióticos de una infección: el enfermo ha de seguir tomando la medicación más allá del punto en que em-



Según un estudio, los pacientes recuperados tienen menor probabilidad de sufrir una nueva depresión si continúan en tratamiento conjunto de psicoterapia interpersonal (PIP) e imipramina (*azul*), que si solo siguen uno de los dos.

Antidepresivos

IMAO. Los inhibidores de la monoamino oxidasa fueron los primeros antidepresivos en generalizarse. Anulan la acción de una enzima que degrada ciertos neurotransmisores cerebrales. Raramente son prescritos como tratamiento de primera línea, porque requieren seguir una dieta especial para evitar interacciones raras, aunque peligrosas, con determinados alimentos de consumo habitual. Se los considera fármacos de último recurso.

ATC. Los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Los ATC conllevan efectos secundarios desagradables: desmayos, sequedad de boca y visión borrosa. Alrededor de un 30 por ciento de los pacientes dejan de tomar esta medicación debido a estos problemas. Además, los antidepresivos tricíclicos pueden resultar letales en sobredosis. Pero pueden seguir siendo la medicación preferible en ciertos tipos de depresión.

ISRS. Los inhibidores selectivos de recaptadores de serotonina, como el Prozac y el Paxil, bloquean la recaptación de serotonina por las neuronas presinápticas. Han reemplazado a los tricíclicos porque tienen menos efectos secundarios y es menos probable que lleguen a ser letales en sobredosis. Sin embargo, ciertos efectos secundarios de tipo gastrointestinal o de abulia sexual pueden resultar desconcertantes. Ciertos indicios de que los ISRS pueden aumentar pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes han causado que se hagan advertencias al respecto en EE.UU. y a la prohibición de uso para menores en el Reino Unido.

Medicaciones más modernas. Cada vez son más los médicos que están probando nuevos fármacos que afectan a múltiples sistemas de neurotransmisores o se valen de mecanismos distintos del bloqueo de recaptación. Entre ellos podemos citar bupropion, venlafaxina, nefazodona y mirtazapina.

pieza a sentirse bien, para impedir que se repita el problema original. Este esfuerzo para evitar la recaída, o tratamiento de continuación, dura por lo menos de seis a nueve meses después del punto de remisión.

De quienes superan el punto desde el cual es probable que se repita el episodio tratado se dice que se han recuperado. Aun así podrían sufrir un nuevo episodio; las personas con una historia de depresión tienen una probabilidad de tres a cinco veces mayor de sufrir un episodio, una recurrencia, que quienes no la han padecido previamente.

Son muchos los pacientes que, como protección contra recidivas, continúan en terapia de mantenimiento, medicamentosa de ordinario aunque también puede ir acompañada de psicoterapia. Pero una vez que los pacientes quedan sin medicación, haberla estado tomando no reduce el riesgo de una recaída. Por consiguiente, a los pacientes con una historia de episodios múltiples se les suele aconsejar que persistan con la medicación indefinidamente.

Aunque el alcance de la depresión varía a lo largo de una amplia gama, existen solo unos pocos tratamientos prevalecientes. La mayoría de los principales antidepresivos se agrupan en tres clases: inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), antidepresivos tricíclicos (ATC) e inhibidores selectivos de recaptadores de serotonina (ISRS), como el Prozac y el Paxil.

Cada una de estas clases ejerce una acción ligeramente diferente, tiene distintos efectos secundarios y se prescribe en función de la historia clínica del paciente, la probabilidad de ciertas complicaciones y el costo. Aunque igualmente eficaces en la población general, ciertas medicaciones resultan más idóneas en depresiones de tipos específicos. En general, los IMAO y los antidepresivos tricíclicos comportan mayores riesgos de efectos secundarios que los ISRS. Pero estos últimos no siempre funcionan, sobre todo en los casos de mayor gravedad, y además, son más caros.

A pesar del uso generalizado, nos hallamos lejos de conocer el mecanismo de acción de los antidepresivos. Sabemos que afectan a los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y dopamina (moléculas de transmisión de señales en el cerebro); participan en la regulación del estado de ánimo, fundamentalmente, bloqueando la recaptación de estos neurotransmisores al interior de las neuronas que los segregan. No obstante, tal acción no

LOS AUTORES

Steven D. Hollon, *Michael E. Thase* y *John C. Markowitz* estudian el tratamiento y la prevención de la depresión. Hollon es profesor de psicología en la Universidad Vanderbilt. Thase da clases de psiquiatría en la Escuela de Medicina Perelman de la Universidad de Pensilvania. Markowitz enseña también psiquiatría en la Universidad Columbia de Nueva York.

Psicoterapias para la depresión

La psicoterapia interpersonal (PIP) se centra en los problemas de las relaciones afectivas. Los terapeutas ayudan a los pacientes a comprender los acontecimientos de su vida que han podido desencadenar la depresión y a buscar formas de luchar contra tales episodios, así como a invertir los ciclos de distanciamiento social, fatiga y dispersión mental. La PIP subraya que los síntomas son el resultado de un desorden del estado de ánimo y no consecuencia de un fracaso personal, buscando aliviar la carga de culpabilidad y resentimiento hacia uno mismo, tan corriente en la depresión.

ISTOCK / DRAGONIMAGES

Las terapias cognitivas y conductistas sostienen que los trastornos del estado de ánimo están provocados o exacerbados por convicciones y conductas aprendidas, susceptibles, por tanto, de ser «desaprendidas» o modificadas con la experiencia. Los métodos basados en la cognición subrayan el papel de las convicciones aberrantes y el procesado disfuncional de información en el paciente, mientras que los métodos conductuales se centran en el modo en que las circunstancias externas influyen en la respuesta del paciente. La mayoría de las terapias combinan las estrategias conductual y cognitiva, abreviadas en la sigla TCC. El objetivo no es «entregarse a pensamientos felices», sino ser más precisos en las valoraciones de sí mismo y más eficaz en los propios comportamientos. Variantes terapéuticas recientes incorporan estrategias basadas en la mediación y la aceptación; otras, como la terapia del bienestar, tratan de reforzar conjuntamente las destrezas necesarias para vivir y el sentimiento de felicidad como forma de superar el desánimo. Hay otras, todavía, que integran las metodologías cognitiva y conductual con las estrategias dinámicas e interpersonales.

Las terapias conductuales más puras, próximas a la activación conductual, sostienen que la depresión es consecuencia de un refuerzo positivo demasiado escaso, provocado por los problemas del ambiente en que vive la persona, falta de destrezas para la vida social o una propensión a evitar situaciones difíciles. Estos métodos están mereciendo una renovada atención.

agota sus efectos y es muy probable que los antidepresivos pongan en marcha una cascada de acontecimientos bioquímicos. Muchos pacientes que no responden a un determinado antidepresivo lo hacen a otro o a una combinación de varios.

Los nuevos métodos de psicoterapia han demostrado tanta eficacia como los farmacéuticos, aunque queda todavía mucho trabajo experimental. Cuentan tales programas con psicoterapia interpersonal (PIP), que se centra en los problemas de las relaciones afectivas y ayuda a los pacientes a superar el sentimiento de culpabilidad que tan común es en la depresión. La PIP, desarrollada en los años setenta del siglo pasado, ha dado buenos resultados en las investigaciones, pero su introducción en la práctica clínica es todavía muy reciente. Los estudios sí demuestran que, cuando la PIP se conjunta con medicación, los pacientes reciben lo mejor de ambos mundos: resultados rápidos gracias a la intervención farmacéutica y mayor amplitud en la mejora de la calidad de vida relacional.

Las terapias cognitivas y conductuales (TCC) también ofrecen resultados equiparables a los de la medicación, salvo en el caso de los pacientes más graves; pueden ayudar incluso a estas personas si son administradas por terapeutas expertos. Lo más interesante es que las TCC parecen tener un efecto duradero, que reduce el riesgo de recaída y, tal vez, el de recidiva. Raramente ofrecen los demás tratamientos, ni siquiera los más eficaces, este tipo de beneficios a largo plazo. La terapia cognitiva es, probablemente, la técnica TCC de mayor implantación. En ella se enseña a los pacientes a cribar la validez de sus creencias depresivas disfuncionales y a cambiar la forma en que procesan la información relativa a su persona. La terapia conductual había perdido favor frente a los métodos cognitivos, pero ha resurgido en ensayos recientes.

¿De qué lado inclinarse?

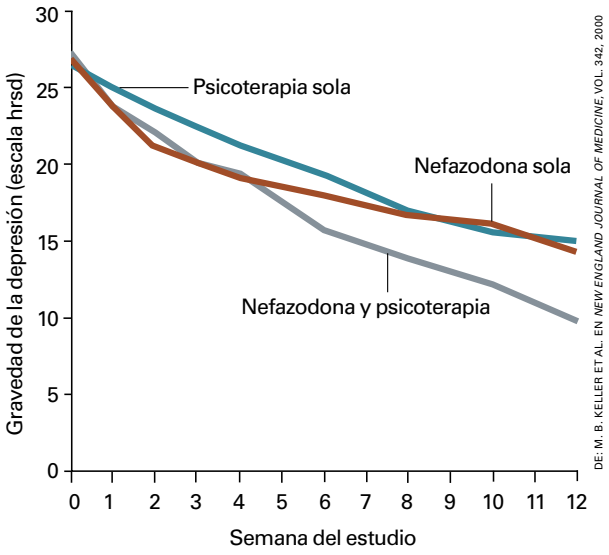
No es posible determinar de forma sencilla si lo «mejor» para los enfermos de depresión es la medicación o la

psicoterapia. Pero abundan los estudios que han llegado a interesantes conclusiones sobre las distintas metodologías aplicadas a lo largo de las tres fases de la enfermedad: los síntomas agudos iniciales, los meses de continuación para evitar la recaída y el mantenimiento de la salud durante los años subsiguientes.

Entre los pacientes que toman antidepresivos durante el tratamiento de los síntomas agudos, alrededor de la mitad muestra un descenso del 50 por ciento en las puntuaciones relativas a síntomas en las escalas de evaluación, durante las primeras cuatro u ocho semanas. Alrededor de una tercera parte de estos pacientes se recuperan (remisión). No toda la mejoría debe atribuirse a la farmacopea, sin embargo. En experimentos con control por placebo, los placebos pueden alcanzar hasta el 80 por ciento de la tasa de éxito de la medicación activa, al aportar esperanzas en los pacientes y expectativas de cambio. La estabilidad del efecto placebo tiende a decaer con el transcurso del tiempo; pierde eficacia en las depresiones graves o crónicas. Pero un problema importante de la terapia de la fase aguda es que muchos pacientes dejan de tomar su medicación —a causa, sobre todo, de sus efectos secundarios— antes de que los terapeutas hayan podido determinar si los agentes están funcionando. Los abandonos observados en ensayos clínicos son a menudo del 30 por ciento o superiores en el caso de los antidepresivos clásicos, como los tricíclicos, y de alrededor del 15 por ciento para opciones recientes, como los ISRS.

Las psicoterapias más recientes parecen ser tan eficaces como la medicación durante la fase de depresión aguda, si bien el número de estudios es menor y sus hallazgos no siempre son coherentes. En un estudio típico se observó que la PIP sola alcanzaba pareja eficacia que la medicación, cada una más que un control y, su combinación, más eficaz aún. En general, la medicación aliviaba los síntomas con mayor rapidez, pero la psicoterapia interpersonal producía mejores resultados en la relación social y en la calidad de las interacciones afectivas. El tratamiento combinado retenía las ventajas obtenidas independientemente por cada uno.

El tratamiento PIP también hizo un buen papel en un programa de investigación cooperativa sobre atención a la depresión, de 1989. Conocido por la sigla TDCRP, constituye hasta la fecha el estudio comparado de medicación y psicoterapia que mayor influencia ha ejercido.



La combinación de un fármaco (nefazodona) y de psicoterapia (*en gris*) logró la máxima reducción de intensidad de los síntomas en pacientes con depresión crónica en un estudio efectuado en 2000.

En ese trabajo se asignaron, de forma aleatoria, pacientes con depresión grave a tratamientos de 16 semanas de duración mediante PIP, TCC y el tricíclico imipramina, combinados con sesiones con un psiquiatra o un placebo y sesiones. Los pacientes con depresiones menos graves mejoraron por un igual en los distintos casos. En sujetos afectos de depresión grave, la imipramina actuó con celeridad mayor que la psicoterapia interpersonal, pero ambas alcanzaron resultados similares a la conclusión del tratamiento y fueron superiores al placebo.

En cuanto a la TCC, en la mayoría de los ensayos publicados se ha encontrado que es tan eficaz como la medicación durante la fase aguda. En la excepción más notable —la TDCRP— se apreció que la terapia cognitiva no igualaba el rendimiento de la medicación, ni de la PIP en el tratamiento de las depresiones más graves; ni siquiera era superior al placebo. Dado que se trataba de un estudio sobre una población numerosa y fue la primera de las grandes comparaciones que aplicaba un control mediante píldoras placebo, sus resultados enfriaron considerablemente el entusiasmo hacia la terapia cognitiva, a pesar de que en ningún otro estudio se habían obtenido estos resultados negativos.

En nuestros días, tal conclusión parece prematura. En estudios más recientes se ha observado que la eficacia de la TCC supera la de los placebos en píldora y no es menos eficaz que los ISRS en los pacientes con depresiones más graves. De tales investigaciones se desprende que el éxi-

SI TE INTERESA ESTE TEMA...

Descubre ***Depresión***, nuestro monográfico de la colección CUADERNOS sobre las causas, los síntomas y los tratamientos para la depresión.
www.investigacionyciencia.es/revistas/cuadernos/numero/14

to de las terapias cognitivas depende, en gran medida, de la preparación y experiencia del terapeuta que las aplica, sobre todo, en el caso de pacientes con sintomatología más grave o compleja.

Una lucha que no cesa

Los mejores tratamientos para reducir el desánimo agudo parecen eficaces también para rebajar la tasa de recaídas cuando se prosigue con ellos en la fase de continuación. Los antidepresivos limitan a la mitad o menos el riesgo de recaídas. No está claro cuánto ha de ser el tiempo que el paciente debe proseguir tomando medicación para pasar de la fase de remisión a la de recuperación completa. Hay acuerdo en que se cifre entre seis y nueve meses.

La PIP durante la fase de continuación parece impedir la recaída con similar eficacia a la de la medicación. Con todo, se trata de un asunto poco estudiado. Por lo demás, la investigación sugiere que si la terapia cognitiva se prolonga más allá del punto de remisión, puede reducir el riesgo de recaída. No disponemos de estudios que comparen la continuación de TCC con la de PIP o la medicación.

Durante la fase de continuación se acostumbra recomendar medicación en los casos de alto riesgo, sobre todo cuando existe una historia de episodios múltiples anteriores. Es posible que la terapia deba prolongarse años. Protege de las recidivas. Aun así, incluso en pacientes recuperados, el riesgo de recidivas al suprimir la medicación es al menos dos o tres veces mayor. Dado que no existen pruebas de que la aplicación anterior de medicación sirva para reducir el posterior riesgo de recidivas, la mayoría de los médicos instan a sus pacientes a continuar indefinidamente con la medicación.

Son pocos los estudios de mantenimiento de psicoterapia interpersonal. Pero en general dan respaldo a la idea de que también esta terapia reduce el peligro de recurrencia. No ha sido tan eficaz como el mantenimiento de la medicación, pero el haz de estudios ha reducido la frecuencia de las sesiones de terapia interpersonal a una al mes, mientras que la medicación se mantiene a dosis máximas, las de tratamiento en la fase aguda. Sería interesante contrastar la eficacia del mantenimiento por PIP si las sesiones de psicoterapia se mantuviesen «a máxima potencia».

Varios estudios han hecho ver que la terapia cognitivo-conductual posee efectos protectores que se prolongan más allá de la conclusión del tratamiento. Los pacientes tratados con TCC hasta la remisión mostraron, acabado el tratamiento, una frecuencia relativa de recaídas que era solo la mitad de la correspondiente a los medicados hasta alcanzar la remisión. Por otra parte, los pacientes tratados con TCC no indicaban mayor propensión a recaídas que quienes continuaban con medicación. La TCC parece producir este efecto con independencia de que sea administrada sola o en combinación con fármacos durante el tratamiento de la fase aguda, o incluso si solo es administrada después de que la medicación haya aliviado los síntomas graves. Existen, además, indicios de que este efecto duradero puede impedir nuevos episodios (recidivas), si bien los datos recabados distan todavía de ser concluyentes.

En vista de estas tendencias, la TCC podría tener una relación coste-eficacia mejor que la medicación. De ordinario, la psicoterapia cuesta al menos el doble que la medicación durante los primeros meses de tratamiento. Ahora bien, si los efectos duraderos de la TCC se prolongasen largo tiempo, a los pacientes podría resultarles menos costoso el aprendizaje de las destrezas necesarias e interrumpir el tratamiento con fármacos que continuar en él para siempre. Sigue sin estar claro si otras intervenciones, como la PIP, tienen un efecto perdurable, posibilidad que merecería la pena estudiar.

El repaso que hemos hecho sobre lo investigado y publicado en torno a los tratamientos nos revela que ciertas formas de psicoterapia pueden ser tan eficaces como el tratamiento con fármacos para aliviar la desesperación aguda. La PIP puede incrementar la amplitud de la respuesta; la TCC, reforzar su estabilidad. El tratamiento combinado, aunque más costoso, parece aunar las ventajas de cada metodología.

La atención médica de calidad puede resultar difícil de lograr. Las psicoterapias que han cosechado mayor respaldo empírico no se han difundido suficientemente todavía. Para quienes se enfrentan a la depresión, sin embargo, alguna clase de tratamiento es casi siempre mejor que ningún tratamiento en absoluto. Lo verdaderamente trágico es que a pesar de aumentar el número de opciones, resultan demasiado escasas las personas que buscan ayuda. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 12

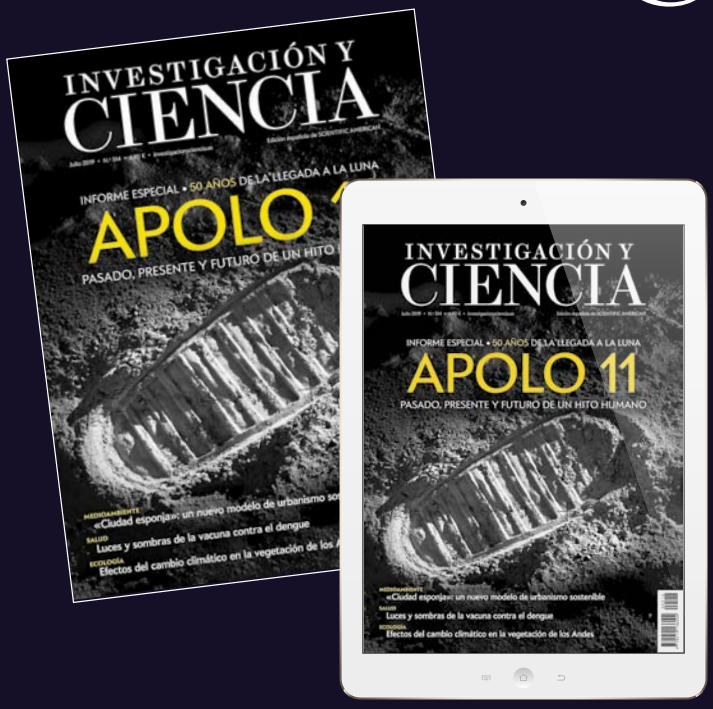
PARA SABER MÁS

Three-Year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. E. Frank et al. en *Archives of General Psychiatry*, vol. 47, n.º 12, págs. 1093-1099, diciembre de 1990.

A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. M. B. Keller et al. en *New England Journal of Medicine*, vol. 342, n.º 20, págs. 1462-1470, mayo de 2000.

Treatment and prevention of depression. Steven Hollon, Michael Thase y John Markowitz en *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 3, n.º 2, págs. 39-77, noviembre de 2002.

SUSCRÍBETE A INVESTIGACIÓN Y CIENCIA



Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** sobre el precio de portada
  ~~82,80 €~~ 75 €
  por un año (12 ejemplares)
  ~~165,60 €~~ 140 €
  por dos años (24 ejemplares)
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción

Y además elige 2 números de la colección TEMAS gratis

www.investigacionyciencia.es/suscripciones

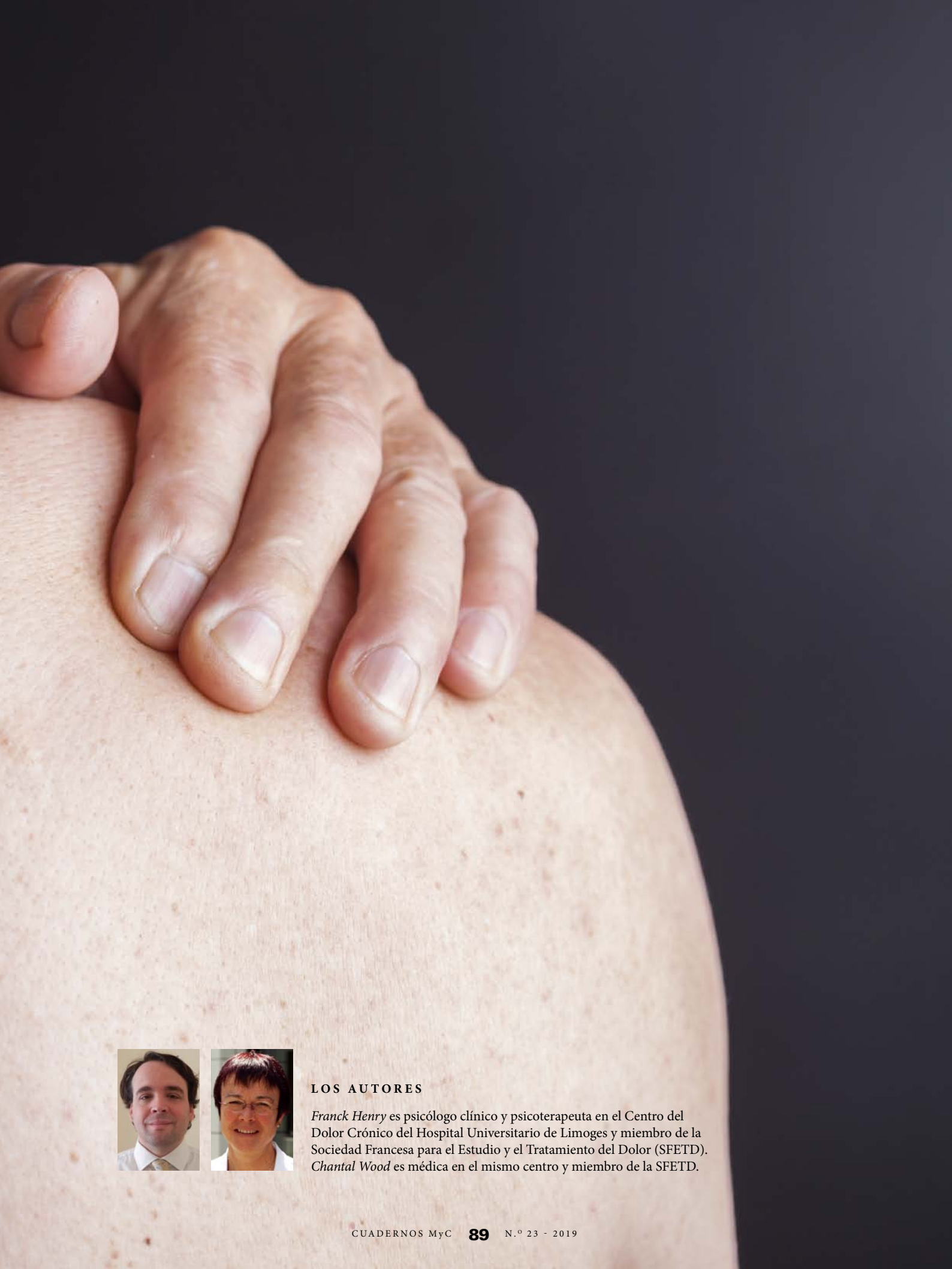
Teléfono: +34 935 952 368

DOLOR CRÓNICO Cuando el dolor crónico se resiste al tratamiento farmacológico, queda otra salida: las psicoterapias enseñan al paciente a vivir activamente con él, en vez de sufrirlo de forma pasiva

Aprender a vivir con el dolor

FRANCK HENRY Y CHANTAL WOOD

ISTOCK / JXFZSY



LOS AUTORES

Franck Henry es psicólogo clínico y psicoterapeuta en el Centro del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Limoges y miembro de la Sociedad Francesa para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (SFETD). *Chantal Wood* es médica en el mismo centro y miembro de la SFETD.

Después de soportar durante largos meses, incluso años, un dolor crónico intenso y de origen desconocido, un buen día le comunican: «Todo está dentro de su cabeza». No puede dar crédito a sus oídos. ¿Es eso posible? En cierto modo, sí, puesto que la sensación dolorosa surge en el cerebro. No obstante, múltiples factores contribuyen a que ese malestar persista; entre ellos, su origen, la personalidad del afectado y el contexto en que se manifiesta. A pesar de los avances científicos y de la medicina, por ahora no dominamos todos esos factores. Aun así, las psicoterapias pueden ayudar a mitigar el dolor crónico, sobre todo, cuando se resiste a otros tratamientos.

Al contrario de lo que se suele pensar, la sensación de dolor no es proporcional a la gravedad de una herida. De hecho, ciertas lesiones no implican dolor (una verruga, por ejemplo). Asimismo, una sensación dolorosa puede surgir sin que se acompañe de una lesión (como la cefalea a causa del cansancio). Ello ocurre porque el dolor consiste, precisamente, en una sensación. También es una «emoción» asociada a un determinado contexto. Así, el dolor que se sufre en el curso de un cáncer se diferencia del que se experimenta durante un examen universitario: el estrés relacionado con cada una de las situaciones no es el mismo. Nuestra atención y nuestras emociones desempeñan un importante papel en este contexto. Además, no todas las personas son igual de sensibles al dolor. En pocas palabras, podría decirse que las expectativas que se tienen cuando se sufre dolor, el estrés que se experimenta y el miedo a padecer esa sensación son, por este orden, los principales factores que influyen en su percepción.

En 2007, Serge Marchand y otros científicos de la Universidad de Sherbroocke demostraron que la sensación de dolor aumenta si creemos que un estímulo (aunque este sea de baja intensidad) nos va a hacer daño. Inconscientemente, impedimos que actúen los mecanismos naturales del cerebro y la médula espinal para la inhibición del dolor. También en 2007, Luana Colloca, de la Universidad de Turín, junto con otros investigadores, descubrió que cuando una persona tiene expectativas negativas y sospecha que el dolor se agravará segrega más colecistoquinina, un neurotransmisor que facilita la sensación dolorosa.

Cuestión de actitud mental

En 2001, un estudio dirigido por Michael Sullivan, de la Universidad McGill, demostró la influencia del catastrofismo, es decir, de la actitud mental exageradamente negativa ante una experiencia dolorosa o su anticipación. La persona catastrofista siente impotencia. También focaliza su atención en los aspectos negativos del dolor, de manera que se ve asaltada por pensamientos sombríos mientras espera a que este llegue. Cuando el dolor ya le afecta, la intensidad del malestar le resulta mayor de lo que en realidad es. En estas situaciones, tiende a pensarse que el sufrimiento persistirá, lo que favorece que se experimente por adelantado. Asimismo, a menudo surge la idea de que pasará algo grave y que no se podrá hacer nada para sentirse mejor.

En ocasiones, los pacientes presentan miedo a moverse. Se trata de la denominada kinesiofobia: evitan los movimientos por temor a experimentar la sensación dolorosa, lo que incrementa el problema. De ese modo, entran en una espiral de temor y evitación: interpretan el dolor que sufren, a causa de una lesión o a un esfuerzo, como amenazante. El catastrofismo contribuye a ello, con lo que su miedo aumenta. Y evitan las situaciones que puedan producir ese sufrimiento. De este modo, tanto las limitaciones psíquicas como el dolor aumentan.

Johan Vilaeyen, de la Universidad de Lovaina, denomina este fenómeno «círculo vicioso del miedo y la evitación». Según indica, las respuestas conductuales frente al dolor son básicamente dos: afrontarlo o evitarlo. La persona que lo encara sin miedo se cura; pero el paciente que interpreta el dolor como un potencial peligro y lo asocia a ideas negativas, por lo que rehúye las situaciones en las que pueda aparecer, se convierte en un individuo hipervigilante. Poco a poco, desarrollará conductas inadaptadas e imaginará toda suerte de circunstancias relacionadas con su dolor, como la posibilidad de que sea el anuncio de una enfermedad grave. En esos casos, el dolor persistirá.

Otro factor implicado en la percepción del sufrimiento y sus consecuencias es la «memoria del dolor» o, en otras palabras, las modificaciones duraderas que produce en los circuitos neuronales y cerebrales. En esas circunstancias, el dolor crónico origina importantes alteraciones psicológicas: entre ellas, ansiedad, depresión o trastornos cognitivos. Pero también existen buenas noticias: en 2015, Catherine Bushnell, de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos, junto con otros científicos,

En síntesis: Aprender a aceptar

1 Existen diversos tratamientos psicológicos (meditación, hipnosis, terapia cognitivo-conductual o terapia de desensibilización, entre otros) que pueden ayudar a aliviar el sufrimiento de los pacientes con dolor crónico.

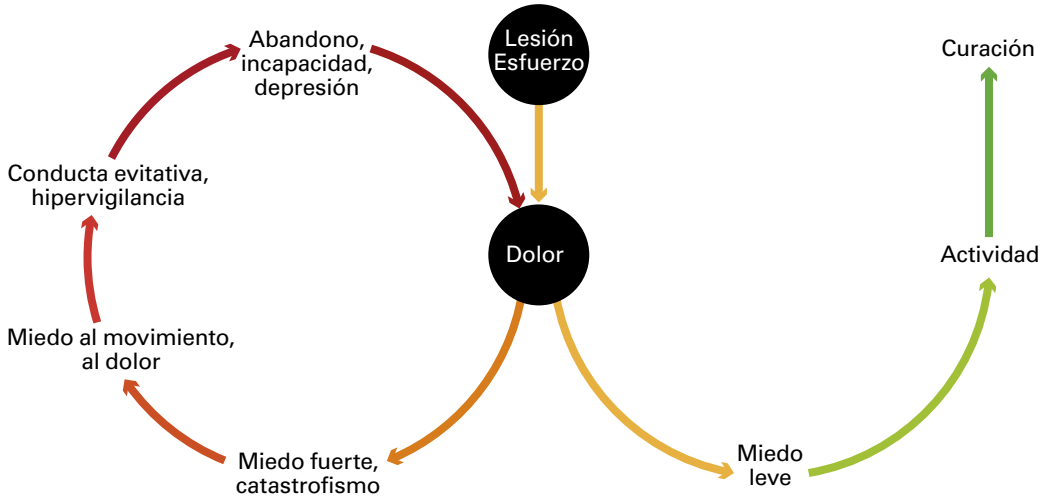
2 Estas psicoterapias se fundamentan en el hecho de que el dolor, además de una sensación, consiste en una emoción que se acompaña de estrés, ansiedad y, en ocasiones, depresión.

3 Con este tipo de terapias, el paciente aprende a aceptar su dolor y a reemprender las actividades habituales.

Aprender a vivir con el dolor

Si el dolor relacionado con una lesión o un esfuerzo se interpreta como una amenaza, el miedo aumenta. Ello conduce a una conducta de evitación seguida de incapacidad, abandono y depresión, lo que favorece que el dolor persista. Se trata del círculo vicioso del miedo y la evitación. En ausencia del catastrofismo, el paciente afronta rápidamente las actividades cotidianas y experimenta un notable alivio.

«La peur et la dolour». J. Vlacien en *La lettre de l'IUD*, noviembre de 2009



demostró que el estilo de vida, el yoga, la meditación, la hipnosis, el ejercicio físico y un ambiente social favorable atenúan el estrés, la ansiedad y la depresión. Ese efecto se precia incluso en la actividad cerebral.

Terapias «suaves» como alivio

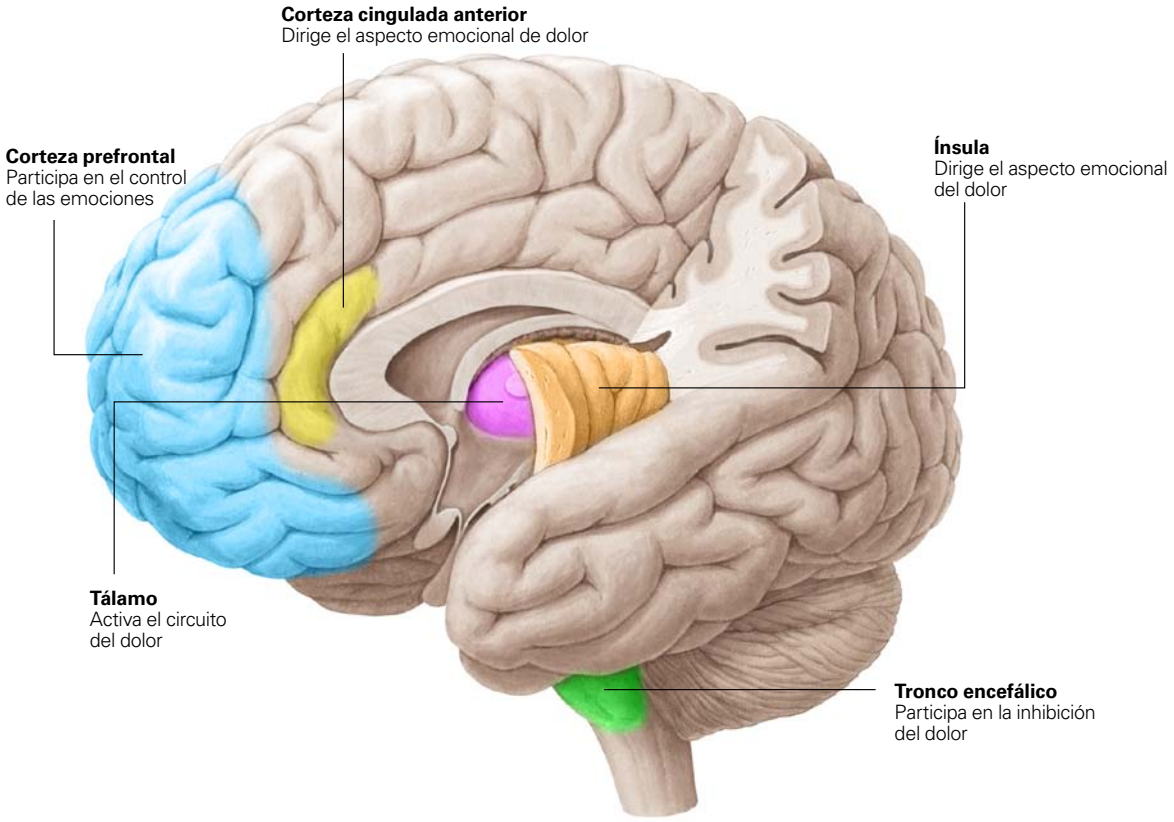
La práctica reiterada de la autohipnosis puede modificar los circuitos cerebrales del dolor y, con ello, disminuir el sufrimiento de la persona. Existen tres maneras de practicarla. En una de ellas, el paciente aprende a «crear» un analgésico a través de la visualización. Se imagina que se coloca un «guante mágico antidolor» sobre la zona afectada. De ese modo, en dos o tres minutos, modifica la percepción dolorosa en una parte de su cuerpo. Otra técnica se basa en la capacidad de «disociarse» del dolor. Un sujeto se imagina, por ejemplo, que se encuentra en el bosque: escucha el susurro del viento que acaricia las hojas de los árboles, el canto de los pájaros, el agua que corre por el río. La calma y la tranquilidad que le envuelven en esos momentos le permiten evadirse de su cefalea. Por último, puede reinterpretarse la percepción del dolor cambiando las sensaciones que produce (color, intensidad, duración, imagen, etcétera). Si un individuo interpreta la sensación dolorosa como si le clavasen un puñal en el pecho, puede imaginar que el arma se convierte en una pequeña daga roma, menos afilada y cortante. Es fundamental que el paciente trabaje las diversas técnicas. Cuanto más entrene la autohipnosis, mayor será su capacidad para modificar la sensación de dolor e, incluso, para prevenirla.

Una modalidad de terapia cognitivo-conductual (TCC) también busca aliviar la ansiedad y la depresión. En 2014, Lance McCracken, del Colegio King de Londres, y Kevin Volwes, de la Universidad de Nuevo México, analizaron 25 estudios que evaluaban la eficacia de las TCC orientadas al control del dolor. Según hallaron, estas disminuían sobre todo la intensidad del dolor y mejoraban el funcionamiento social y emocional de los pacientes. Estos se mostraban más activos y menos catastrofistas.

El principal objetivo de las TCC es enseñar estrategias de adaptación o habilidades de afrontamiento. Para ello, los sujetos deben practicar nuevas conductas y pensamientos con el fin de dominar y tolerar las emociones que suscita el dolor. Por ejemplo, el paciente intentará andar un paso más sin usar las muletas cada día, incluso si siente dolor. Con todo, el efecto de estas estrategias depende de los recursos psicológicos, sociales y ambientales del propio afectado. Debe mostrar una implicación máxima durante las sesiones; también en los ejercicios que realiza en casa.

Adaptarse a la situación

Con todo, una estrategia de afrontamiento eficaz no disminuye la intensidad del sufrimiento; antes bien, aumenta el umbral de tolerancia al dolor. Con frecuencia, este incremento se asocia a una disminución de los síntomas emocionales y sociolaborales. En 2016, un equipo dirigido por Stéphanie Cormier, de la Universidad de Québec en Outaouais, comprobó que las expectativas positivas antes de comenzar el tratamiento favorecían la



La percepción del dolor se acompaña de una activación cerebral en la que participan diferentes regiones cerebrales: la ínsula, el tálamo, la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal. El estado hipnótico permite reducir esa actividad e, incluso, mejorar el funcionamiento del encéfalo.

capacidad del paciente de eliminar o atenuar el dolor (antialgia). También disminuían los síntomas depresivos, la sensación de impotencia y el catastrofismo tras seis meses de seguimiento. Dicho de otro modo, cuanto más confíen los pacientes en la eficacia terapéutica, menos sufrirán y se deprimirán. Es importante que exista una buena sintonía entre el terapeuta y el paciente para plantear objetivos terapéuticos concretos y accesibles. Retomar la vida laboral, ayudar a las personas cercanas, llevar a los niños al colegio, ir al cine con la pareja, practicar un deporte, dominar el miedo o disminuir el consumo de analgésicos, son algunos de ellos. También controlar la sensación de dolor. En 2016, Judith Turner, de la Universidad de Washington, y sus colegas demostraron que cuanto mayor era la creencia de los pacientes de que podían gestionar el dolor, más lo aceptaban.

El objetivo principal de las llamadas TCC de tercera generación es lograr la aceptación del dolor. Nacidas de la combinación de las terapias cognitivo-conductales tradicionales y la actual meditación de consciencia plena (*mindfulness*), se aplican cada vez más en el campo de la salud mental y física. Jon Kabat-Zinn, del Instituto de Tecnología de Massachusetts y considerado pionero en este terreno, utilizó a principios de los años ochenta del siglo xx por primera vez este tipo de terapia en Occidente para tratar a pacientes con dolor crónico. Creó el programa de reducción del estrés basado en la consciencia plena (MBSR, por sus siglas en inglés). Eran ocho semanas de sesiones terapéuticas en grupo.

Terapias de tercera generación

Meditar es aprender a centrar voluntariamente la atención en las acciones que se están efectuando en ese momento (en la respiración, las percepciones sensoriales, las emociones) con una actitud benévola y compatible con uno mismo. En 2010, Ernst Bohlmeijer y otros científicos de la Universidad de Twente, en los Países Bajos, analizaron diversos estudios que examinaban la eficacia de la MBSR en los pacientes con dolor crónico. Descubrieron que tenía efectos positivos en relación con la ansiedad, la depresión, la tolerancia al dolor y la ejecución de las actividades diarias.

Las terapias de tercera generación actúan sobre las conductas dirigidas a evitar y controlar experiencias «aversivas»: el paciente aprende a modular y equilibrar la atención que dirige a cada zona corporal y las sensaciones que llevan consigo (con independencia de que sean o no dolorosas). De esta manera, también aprende a identificar, reconocer y, finalmente, distanciarse de sus elucubraciones catastrofistas sin intentar desembarazarse de ellas. Asimismo, se percata de que se encuentra en unas

circunstancias que favorecen los pensamientos negativos y que agravan su dolor.

El objetivo terapéutico fundamental de la TCC de tercera generación no radica en la disminución de los síntomas (como es el caso en la TCC tradicional), sino en que el paciente acepte la situación de manera activa. Numerosos estudios han demostrado una auténtica paradoja: si se da prioridad a no pensar ni sentir el dolor, este se percibe de nuevo a través de un recrudecimiento de las emociones negativas y de los pensamientos catastrofistas.

Actuar con consciencia plena

Otro tratamiento de tercera generación, la terapia de aceptación y compromiso (TAC), propone acrecentar la flexibilidad psicológica para actuar ante el dolor y sus consecuencias: no debe esperarse a que las cosas vayan mejor, sino que hay que actuar inmediatamente y con consciencia plena. En el curso de una TAC se entrenan varias aptitudes: la aceptación de situaciones psicosomáticas de temor (dolor, emociones, pensamientos), la experiencia en el momento presente (meditación de consciencia plena), la coherencia entre los valores del individuo y su puesta en práctica, así como la *fisión cognitiva*. En este contexto, *fisionar* significa entrenarse para conseguir diferenciarse a sí mismo y distanciarse de los propios pensamientos. Toda experiencia es intrínsecamente relativa, ya que, desde el punto de vista de la consciencia plena, se presenta como «impermanente»: nuestros pensamientos y dolor no pueden definir totalmente la «realidad» de lo que somos. El dolor deja de ser «realidad». En 2014, Juan Vicente Luciano, del Parque Sanitario San Juan de Dios en Barcelona, y otros científicos observaron que las personas con fibromialgia que habían participado en un programa de TAC durante seis meses presentaban una mejor calidad de vida, estaban más activas y aceptaban mejor el dolor después del tratamiento.

Otras causas de dolor crónico requieren terapias diferentes. Entre los factores psicosociales que pueden contribuir a la cronificación dolorosa, los estados de estrés postraumático ocupan un lugar relevante. Son consecuencia de la exposición a acontecimientos vitales que han puesto en peligro la integridad psíquica o física del sujeto, ya que superaban sus recursos adaptativos. Para algunos investigadores, los traumas actúan como potenciadores de la transmisión cerebral del dolor. De hecho, se han hallado similitudes neurobiológicas entre pacientes con dolor crónico y personas que sufrían estrés postraumático. Además, se ha descubierto que los pacientes con dolor crónico que padecen síntomas postraumáticos muy intensos tienden a sentir más dolor, miedo, creencias catastrofistas, conductas evitacionistas y sentimientos de impotencia.

Desde el año 2012, la Organización Mundial de la Salud recomienda la técnica Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR, según sus siglas en inglés) para el tratamiento de los estados de estrés postraumático. En 2016, el número de publicaciones sobre la eficacia de esta terapia superó la cifra de los artículos dedicados a otras intervenciones clínicas (incluidas las medicamentosas). A grandes rasgos, la EMDR, desarrollada por la terapeuta conductal estadounidense

SI TE INTERESA ESTE TEMA...

Descubre ***El dolor***, nuestro monográfico de la colección CUADERNOS sobre su neurobiología y los tratamientos para aliviarlo.

www.investigacionyciencia.es/revistas/cuadernos/numero/12

¿Es usted sensible al dolor?

Este cuestionario ayuda a valorar la percepción del dolor individual. Imagine el dolor que experimentaría en cada una de las situaciones que se plantean. Calcule la intensidad de esa sensación basándose en la escala de sensaciones (*abajo*) y anote la cifra correspondiente en la casilla de respuesta (*R*) junto a cada enunciado. Si la puntuación total es superior a 55, usted es más sensible al dolor que la media de la población general.

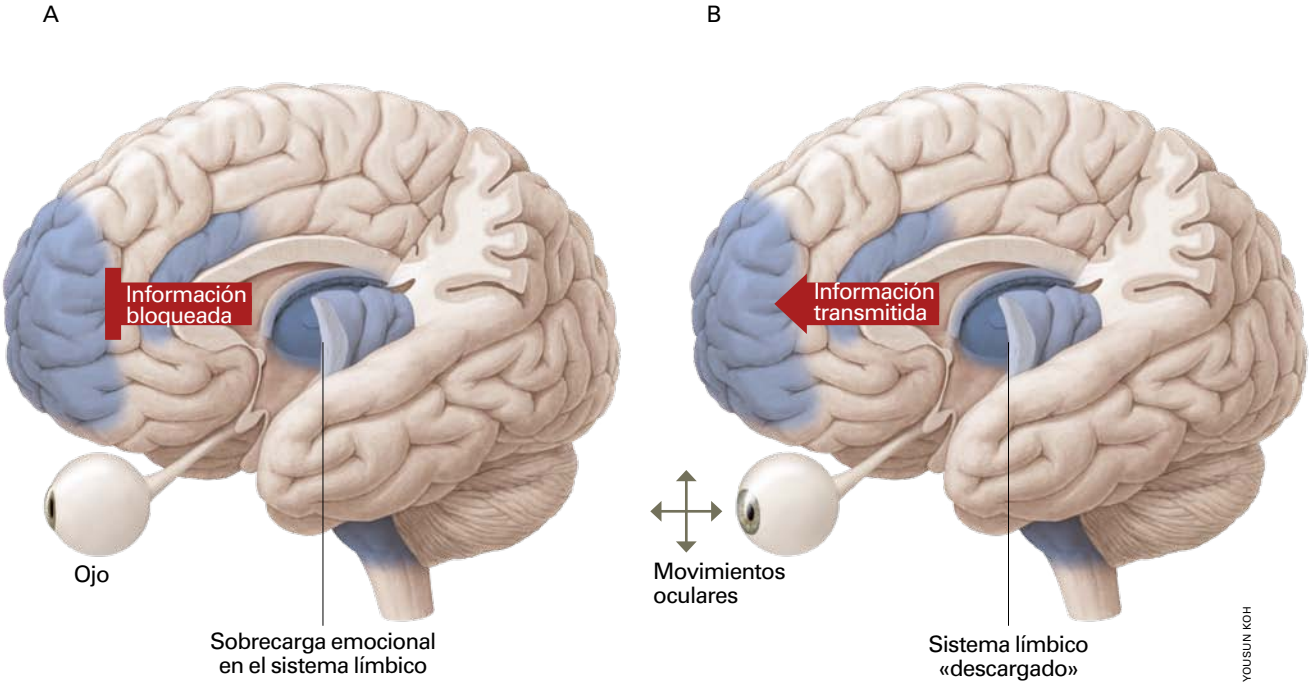
Situaciones	R
El dentista le perfora un diente sin usar anestesia	
Tiene los senos nasales obstruidos	
El dentista le realiza una exploración dental durante un control rutinario	
Ha andado descalzo sobre vidrios rotos	
Se ha mordido la lengua	
Le ha entrado polvo en el ojo	
Se pilla los dedos con la puerta del coche	
Ha estado acostado sobre un colchón duro en la misma posición durante una hora	
Cae dos metros por la escalera	
Le ha picado un mosquito	
Un médico le examina la garganta en una visita de control	

Escala de sensaciones

1. Ninguna
2. Molestia ligera
3. Sensación desagradable
4. Dolor muy leve
5. Dolor leve
6. Sensación dolorosa
7. Muy dolorosa
8. Extremadamente dolorosa
9. Dolor atroz
10. El peor de los dolores

Alivio a través del movimiento de los ojos

Cuando se produce un traumatismo, pueden quedar impresas en el sistema límbico (sistema emocional del cerebro) informaciones demasiado potentes, de manera que su transmisión a la corteza cerebral puede quedar bloqueada. Ello impide que la vivencia se procese de manera objetiva (*A*). El recuerdo doloroso surge, en algún momento, en la consciencia del paciente. Para que la corteza procese los datos, es necesario que disminuya la actividad del sistema límbico. Los movimientos de los ojos o las estimulaciones bilaterales que se practican en la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares llevan al paciente a focalizar la atención, lo que permite «descargar» al sistema límbico de las informaciones que han quedado bloqueadas (*B*). De este modo, el paciente consigue relativizar el suceso y expresarlo con palabras, de forma que pierde su carácter traumático.



Francine Shapiro, consiste en un proceso de «reprogramación» cognitiva de pensamientos y percepciones, así como de desensibilización emocional de los recuerdos traumáticos basándose, en parte, en los movimientos oculares. Pero ¿cómo actúa en el cerebro?

Mover los ojos para procesar los traumas

Los traumas se encuentran anclados en nuestro sistema nervioso a través de la secreción de hormonas (cortisol, adrenalina, endorfinas) y un desequilibrio neurobiológico: aumenta la actividad de las estructuras subcorticales, sobre todo del sistema límbico, implicado en el procesamiento de las emociones. Ese desequilibrio favorece el almacenamiento disfuncional de informaciones traumáticas en el sistema límbico. Aunque no se conoce con certeza cómo actúa la EMDR en el cerebro, sus efectos se relacionan con la resiliencia, es decir, con los recursos de nuestro sistema nervioso para «digerir» las informaciones difíciles. Bajo ciertas condiciones, estos fallan, pero la EMDR consigue reactivalos.

En 2014, Jonas Tesarz, de la Universidad de Heidelberg, y otros investigadores examinaron numerosos trabajos que analizaban, mediante técnicas de neuroimagen funcional, la actividad cerebral de pacientes con dolores crónicos. Según constataron, durante las sesiones de EMDR se activa la corteza cingulada anterior, implicada en la percepción y el control del dolor. Después de aplicar la terapia, disminuye la actividad del sistema límbico (en particular, de la ínsula) y el procesamiento de la información traumática se «reubica».

Consideremos el ejemplo de un paciente que ha sido víctima de un accidente en la vía pública y sufre un estrés postraumático asociado a dolores crónicos en las vértebras cervicales. El psicoterapeuta le pide que, como primer paso, se concentre en la secuencia del recuerdo que continúa perturbándole con intensidad; por ejemplo, en el momento en que su vehículo chocó contra un obstáculo y que supuso la aparición de los primeros dolores. A continuación, solicita al paciente que repase mentalmente la secuencia de emociones y sensaciones corporales que

vivió en esos momentos mientras sigue con la mirada el movimiento de su dedo (de derecha a izquierda, y viceversa). En esta fase de la terapia, con frecuencia acontece un aumento temporal y reversible de la percepción dolorosa, ya que se activa el sistema límbico. Ello indica que se ha puesto en marcha la memoria del dolor. A menudo, el tratamiento es largo y complejo, puesto que la ansiedad o la depresión complican su curso.

La hipnosis, la terapia cognitivo-conductual, la meditación de consciencia plena y la terapia EMDR persiguen un mismo objetivo: conseguir que el paciente gestione de manera autónoma y responsable su estado de salud. Con frecuencia, lo que se busca no es disminuir la intensidad de su dolor, sino mejorar su calidad de vida.

«Sigo teniendo la molestia, pero ahora percibo el dolor de forma diferente», «Hago muchas cosas importantes para mí. He aprendido a vivir con el dolor», «De entrada lo acepto; tengo dolor pero voy bien», explican algunos pacientes durante la psicoterapia o una vez ha finalizado. La colaboración estrecha y empática entre terapeuta y paciente es esencial, ya que estas técnicas, sin una alianza terapéutica, resultan ineficaces. ★

Artículo publicado en *Mente y Cerebro* n.º 93

PARA SABER MÁS

Libérez-vous de la douleur par la meditation et l'ACT. F. Dionne. Payot, 2014.

Expectations predict chronic pain tratment outcomes. S. Cormier et al. en *Pain*, vol. 157, págs. 39-338, 2016.

Vaincre la douleur par l'hypnose et l'autohypnose. C. Cazard-Fillette, C. Word y A. Boy. Vignt-Maloine, 2016.

Mindfulness-based estrés reduction and cognitive behavioural therapy for chronic low back pain: Similar effects on mindfulnes catastrophizing, self-efficacy and acceptance in a randomized controlled trial. J. A. Turner et al. en *Pain*, vol. 157, págs. 2434-2444, 2016.

EN NUESTRO ARCHIVO

El origen del dolor. Bukhart Bromm en *MyC* n.º 6, 2004.

El dolor crónico. R. Douglas Fields en *IyC*, enero de 2010.

Cuando el dolor persiste. Frank Porreca y Theodore Price en *MyC* n.º 56, 2012.

Combatir el dolor crónico. Stephani Sutherland en *IyC*, mayo de 2015.

El dolor crónico infantil. Josep Miró, en *MyC* n.º 93, 2018.

Suscríbete a CUADERNOS

Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** de hasta un **13 %** sobre el precio de portada
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción

Monografías de aparición cuatrimestral sobre los grandes temas de la psicología y las neurociencias

www.investigacionyciencia.es/suscripciones **Teléfono: +34 935 952 368**

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA
INVESTIGACIÓN Y CIENCIA
Julio 2019 • N.º 514 • 6,90 € • investigacionyciencia.es
Edición española de SCIENTIFIC AMERI
INFORME ESPECIAL • 50 AÑOS DE LA LLEGADA A LA LUN
APOLO 11
PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE UN HITO HUMAN
MEDIOAMBIENTE
«Ciudad esponja»: un nuevo modelo de urbanismo sostenible
SALUD
Luces y sombras de la vacuna contra el dengue
ECOLOGÍA
Efectos del cambio climático en la vegetación de los Andes
APOLO 11 | CIUDADES ESPONJA | LA VACUNA CONTRA EL DENGUE
JULIO 2019 N.º 514
COSMOLOGÍA
EL PROBLEMA DE LA CONSTANTE DE HUBBLE
Los físicos llevan años sin ponerse de acuerdo sobre la velocidad a la que se expande el universo. ¿Apunta esta controversia a la existencia de nuevas leyes de la naturaleza?
Dominik J. Schwarz

INVESTIGACIÓN Y CIENCIA

ELIGE TU MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN

Descubre todas las ventajas en

www.investigacionyciencia.es/suscripciones

Accede a la HEMEROTECA DIGITAL

TODAS LAS REVISTAS DESDE 1982

Suscríbete a la revista que desees y accede a todos sus artículos

www.investigacionyciencia.es/suscripciones

Encuentra toda la información sobre el desarrollo de la ciencia y la tecnología de los últimos 30 años

Prensa Científica, S.A.